

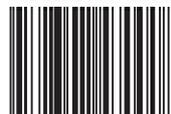
АКАДЕМИЧЕСКИЙ

журнал Западной Сибири

3

**Том 16
2020**

ISSN 2307-4701



9 772307 470008

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
В.В. Вшивков

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ
М.С. Уманский

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

С.И. Грачев (Тюмень)
И.И. Краснов (Тюмень)
Т.Л. Краснова (Тюмень)
А.Р. Курчиков (Тюмень)
А.В. Меринов (Рязань)
В.Н. Ощепков (Севастополь)
Л.Н. Руднева (Тюмень)
Н.В. Солдаткина (Ростов-на-Дону)
В.А. Урываев (Ярославль)
Н.М. Федоров (Тюмень)

Журнал зарегистрирован
в Федеральной службе по надзору
в сфере связи, информационных
технологий и массовых коммуникаций
(Роскомнадзор) г. Москва
Св-во: ПИ № ФС 77-55782
от 28 октября 2013 г.

ISSN 2307-4701

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

Адрес редакции:
625027, г. Тюмень,
ул. Минская, 67, корп. 1, офис 101
Телефон: (3452) 73-27-45
Факс: (3452) 54-07-07
E-mail: note72@yandex.ru

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

Журнал включён в:
1) Российский индекс
научного цитирования
(РИНЦ)
2) EBSCO

Интернет-ресурсы:
<https://ajws.ru/>
www.elibrary.ru
<https://readera.ru/ajws>

При перепечатке материалов ссылка
на "Академический журнал
Западной Сибири" обязательна

Редакция не несет ответственности за
содержание рекламных материалов

Редакция не всегда разделяет мнение
авторов опубликованных работ

Макет, верстка, подготовка к печати:
ООО «М-центр»

Дата выхода: 25.09.2020 г.

Заказ № 117 Тираж 1000 экз

Цена свободная

Отпечатан с готового набора
в издательстве «Вектор Бук»

Адрес издательства:
625004, г. Тюмень, ул. Володарского,
д. 45, тел.: (3452) 46-90-03

16+

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский
университет» Минздрава России

МАТЕРИАЛЫ

межрегиональной научно-практической постер-конференции
«Сибирская школа превентивной
суицидологии и девиантологии.
Осенняя сессия»

25 сентября 2020 г., г. Тюмень

Под редакцией проф. П.Б. Зотова

Содержание

Суицидология

- П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин, О.Н. Кузьмин*
Суицидальные действия в Тюменской области
(Западная сибирь) в условиях пандемии COVID-19
(6 месяцев 2020 г.) 3
- Т.И. Медведева, С.Н. Ениколопов,
О.М. Бойко, О.Ю. Воронцова*
COVID-19. Анализ роста депрессивной
симптоматики и суицидальных идей 6
- С.Н. Ениколопов, Т.И. Медведева, О.М. Бойко,
М.А. Станкевич, О.Ю. Воронцова*
Лексические особенности высказываний
о COVID-19 людьми с суицидальными идеями 9
- В.А. Розанов*
Генетические маркеры суицидального поведения:
надежды и разочарования 12
- С.Н. Васильева, Г.Г. Симуткин, Е.Д. Счастный,
Л.В. Горшкова, О.В. Рощина, Е.В. Диденко*
Суицидальное поведение пациентов
пркоморбидности аффективных расстройств
и алкогольной зависимости 15
- М.А. Байкова, А.В. Меринов*
Суицидологическая характеристика
«Взрослых Детей Алкоголиков» 17

<i>О.В. Рощина</i> Аутоагрессивное поведение при алкогольной зависимости, аффективных расстройствах и их коморбидности 19	<i>А.В. Диденко</i> Особенности характерологических реакций у осужденных, за преступления сексуального характера в период первичной адаптации к местам лишения свободы 47
<i>А.В. Лукашук, А.В. Меринов</i> Связь суицидального поведения девушек-подростков с аутоагрессией их родителей 21	<i>Е.Д. Счастный, И.И. Украинцев, Н.А. Бохан</i> Зависимость от никотина у студентов первого курса 50
<i>А.В. Голенков, В.А. Филоненко, А.И. Сергеева, А.В. Филоненко</i> Перфекционизм и депрессия как факторы риска суицида студентов-медиков 23	<i>Д.Г. Антонян</i> Подавленная агрессия как причина девиантного поведения студентов медицинского университета 51
<i>Г.С. Корытова</i> Аутоагрессивное поведение обучающихся в период пандемии коронавирусной инфекции и самоизоляции 26	<i>И.А. Шелехов, Г.В. Белозёрова, В.А. Рудницкий</i> Значение стилей переживания беременности для ранней диагностики девиантного материнства 52
<i>Б.Ю. Приленский, А.В. Приленская, А.Г. Бухна, Р.И. Канбекова, Д.И. Боечко, Е.А. Ильницкая</i> Суицидальные угрозы и пандемия COVID-19 29	<i>Б.Ю. Приленский, А.В. Приленская, А.Г. Бухна, Р.И. Канбекова</i> Состояния измененного сознания и психотерапия пищевой зависимости 54
<i>Е.Б. Любов, П.Б. Зотов</i> Суицидология в учебе и практике медицинского персонала 31	<i>И.А. Шелехов, Г.В. Белозёрова, В.А. Рудницкий</i> Авторская концепция психологического механизма формирования девиантного материнства и добровольной бездетности 57
<i>Б.Ю. Приленский, А.В. Приленская, А.Г. Бухна, Р.И. Канбекова</i> Суицидальные риски при урологических заболеваниях 34	<i>А.Г. Бухна, Б.Ю. Приленский, П.Б. Зотов</i> Андрологические последствия потребления синтетических психостимуляторов 59
<i>В.Д. Евсеев, А.Г. Пешковская, В.В. Мацута, А.И. Мандель</i> Несуицидальные самоповреждения (NSSI) и их связь с цифровыми данными социальной сети 38	<i>Е.Г. Скрябин, П.Б. Зотов</i> Основные характеристики умышленных самопорезов у детей и подростков в Тюмени (Западная Сибирь) 62
<i>В.А. Рудницкий, М.Ф. Белокрылова, А.В. Диденко, А.К. Костин, В.Б. Никитина, Е.М. Епанчинцев, Н.П. Гарганеева, И.А. Шелехов, Т.А. Булатова</i> Проблемы терапии пациентов с психическими расстройствами органического регистра в период пандемии 41	<i>Ю.Е. Разводовский, Ю.В. Мокров</i> Структура продажи алкоголя и смертность от острого алкогольного отравления в России 65
<i>О.М. Бойко</i> Соотношение особенностей использования интернета с частотой мыслей о смерти у мужчин, страдающих психическими заболеваниями 44	

Девиантология



Полный текст «Академического журнала Западной Сибири» можно найти в базах данных компании EBSCO Publishing на платформе EBSCOhost. EBSCO Publishing является ведущим мировым агрегатором научных и популярных изданий, а также электронных и аудио книг.

«Academic Journal of West Siberia» has entered into an electronic licensing relationship with EBSCO Publishing, the world's leading aggregator of full text journals, magazines and eBooks. The full text of JOURNAL can be found in the EBSCOhost™ databases. Please find attached logo files for EBSCO Publishing and EBSCOhost™, which you are welcome to use in connection with this announcement.

СУИЦИДОЛОГИЯ

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ (ЗАПАДНАЯ СИБИРЬ) В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 (6 месяцев 2020 г.)

П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин, О.Н. Кузьмин

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень
Областная психиатрическая больница, г. Тюмень

Оценивается уровень суицидальной активности населения Тюменской области (Западная Сибирь) в условиях пандемии COVID-19 в первые 6 месяцев 2020 г. Показан нетипичный для предыдущих лет уровень снижения числа суицидальных попыток (на 25% ниже средних показателей мая предыдущих трех лет) и самоубийств в мае 2020 г. с последующим значительным ростом в июне (суицидов – 2,3 раза) после снятия самоизоляции и карантина. Высказывается предположение, что противоэпидемические меры могли способствовать ограничению доступности к способам суицида и усилению контроля со стороны окружающих. В то же время, самоизоляция и длительный стресс усилили явления дезадаптации и суицидальной настроенности, что после отмены карантина отразилось на значительном росте летальных самоубийств и покушений. Авторами делается вывод о необходимости обеспечения доступности населению психологической помощи, проведения разъяснительной и просветительской работы, в том числе реализуемых посредством дистанционных интернет технологий, расширение немедицинских / социальных и других мер поддержки.

Ключевые слова: суицид, самоубийство, суицидальной активность населения в условиях пандемии COVID-19, Тюменская область, Западная Сибирь

Реализованная суицидальная попытка – ключевой показателем суицидального риска в будущем. Поэтому выявление, регистрация и учет случаев аутоагрессивных действий составляет одно из наиболее важных направлений превенции самоубийства [1].

В Тюменской области с 2012 года на базе Областной психиатрической больницы действует суицидологический регистр – система учёта суицидальных попыток. Это позволяет оценивать суицидологическую ситуацию в регионе, а также максимально персонифицировать оказываемую помощь данному контингенту [2].

Пандемия COVID-19 привела к значительным, чаще негативным последствиям в социальной, экономической и политической сферах во многих странах мира [3]. Системный эффект столь глобальных изменений ещё предстоит оценить. Однако уже проводимые исследования указывают на высокую частоту негативных последствий для психического здоровья [4, 5], в том числе повышающих уровень суицидальной активности населения и суицидальной смертности [6, 7]. В этой связи вопросы превенции суицида в условиях пандемии приобретают высокую актуальность [8].

Целью настоящей работы являлся анализ суицидологической ситуации в Тюменской области в условиях пандемии COVID-19 (6 месяцев 2020 г.)

Материал исследования: статистические данные суицидологического регистра Центра суицидальной превенции Тюменской областной клинической психиатрической больницы.

Результаты и обсуждение.

Статистические показатели (табл. 1) свидетельствуют о том, что за последние три года (2017-2019 гг.) частота суицидальных попыток в Тюменской области не претерпела значительных изменений и колебалась от 982 до 1087 случаев в год.

Показатели за 6 месяцев четырёх лет – 2017-2020 г. – так же изменялись незначительно.

Таблица 1

Общее количество суицидальных попыток в Тюменской области в 2017-2020 г. по месяцам, n

Месяц / год	2017 год	2018 год	2019 год	2020 год
Январь	97	73	88	102
Февраль	80	59	87	87
Март	78	95	104	107
Апрель	67	76	94	93
Май	92	91	95	70
Июнь	94	92	90	79
<i>За 6 месяцев</i>	508	486	558	538
Июль	94	85	100	
Август	99	65	90	
Сентябрь	95	74	72	
Октябрь	81	90	98	
Ноябрь	90	77	82	
Декабрь	91	105	87	
<i>Всего за год</i>	1058	982	1087	

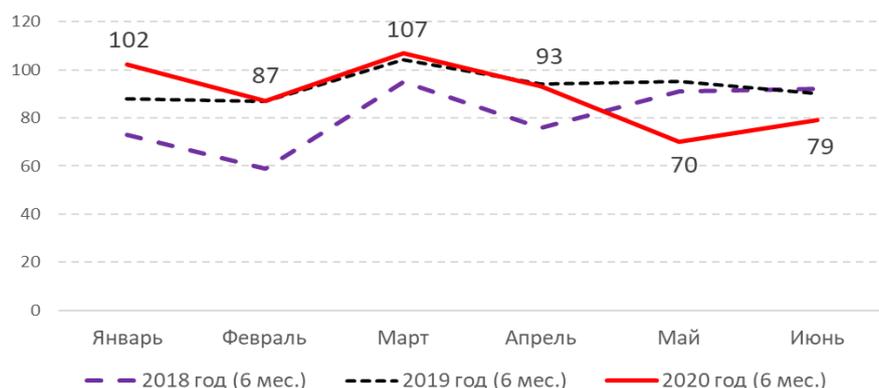


Рис. 1. Динамика количества суицидальных попыток в Тюменской области в январе-июне 2018-2020 г.

В условиях пандемии за первые полгода, включающий период самоизоляции, общее число покушений составило 538 случаев, что не выходило за рамки регистрируемых минимального (486 в 2018 г.) и максимального (558 – в 2019 г.) уровней.

Однако при ежемесячном распределении можно отметить некоторые отличия при сравнении с аналогичными периодами прошлых лет [9, 10].

В первые четыре месяца 2020 года – в январе, феврале, марте и апреле – прослеживались тенденции, регистрируемые, как и в предыдущие 2018-2019 годы – снижение в феврале и апреле, подъем в марте. Май 2020 года в отличие от предыдущих лет характеризовался значительным снижением числа покушений с повышением и возвратом к средним значениям в июне.

Сопоставляя эти показатели с периодом самоизоляции можно отметить, что в первые 3 месяца начала года наблюдалось традиционное распределение, характерное для этого временного периода. Введение в стране ограничительных мер – самоизоляция с 28 марта 2020 г. – не привела к сверхожидаемому падению показателей в апреле, а сопровождалась снижением частоты покушений, в рамках границ, характерных и для предыдущих лет (например, практически полностью повторила динамику показателей аналогичного периода 2019 г.).

Отличительным месяцем стал май, когда регистрируемая в апреле тенденция снижения продолжилась и в последующий период, показав самые минимальные значения – 70 попыток – на 25% ниже в сравнении со средними показателями мая (~92,7 попыток) предыдущих трех лет.

Оценивая отмеченную положительную динамику суицидальной активности в период ограничения внешних контактов, нельзя сделать однозначный вывод об улучшении ситуации в целом. Можно предположить, что на индивидуальном уровне вынужденное общение с близкими, повышение внимания к членам малого сообщества в отдельных случаях, конечно, могли способствовать улучшению эмоционального климата и дезактуализации суицидальных идей. Однако малая количе-

ственная регрессия свидетельствует о том, что присутствие в стрессовой ситуации не обязательно разрешает конфликт. Напротив, нередко способствует его прогрессированию и утяжелению. В этих условиях регистрируемое снижение числа покушений может быть связано преимущественно с недостатком свободы для реализации суицидальных намерений, постоянным гласным и негласным контролем со стороны окружающих. Увеличение числа покушений в июне, после отмены ограничительных мер, вполне подтверждают эти выводы.

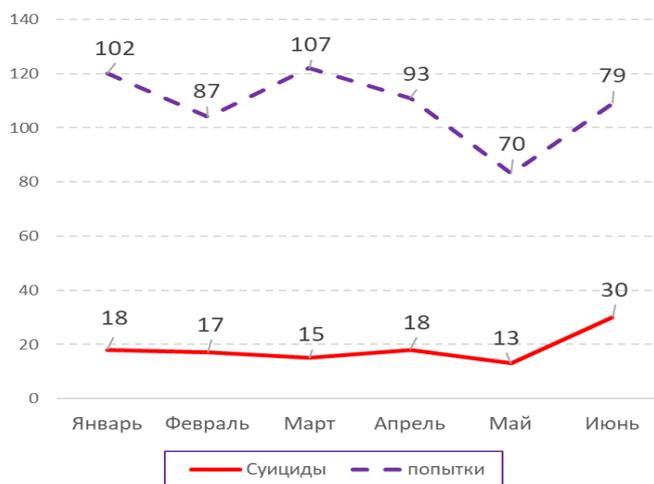


Рис. 2. Динамика количества покушения и завершённых суицидов в Тюменской области в январе-июне 2020 г.

Очень схожая ситуация прослеживается и в показателях завершённых суицидов – минимальные значения в мае, с резким (в 2,3 раза) ростом в июне, в т.ч. превышающим показатели всех предыдущих месяцев (рис. 2). Вывод – самоизоляция, переход на дистанционные методы работы или временная безработица, могли способствовать усилению стресса, увеличению конфликтных ситуаций, но вместе с тем ограничивать возможности реализации суициальных замыслов, в том числе в виде относительной недоступности к средствам суицида и близостью окружения.

Таблица 2

Показатели суицидальных действий в Тюменской области (6 мес. 2020 года), n

Показатель	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Всего
Суициды	18	17	15	18	13	30	111
Попытки	102	87	107	93	70	79	538
Соотношение Суицид : Попытка	1 : 5,7	1 : 5,1	1 : 7,1	1 : 5,2	1 : 5,3	1 : 2,6	1 : 4,8

Расчет соотношения – Суицид : Попытка – так же показал значительные отклонения в мае – 1 : 2,6, против 5,1-7,1 покушений на один суицид в предыдущие месяцы (табл. 2).

ним показателя по стране (погибшие мужчины – 46 лет, женщины – 48 лет). Соотношение погибших в Тюмени – М : Ж – 5,2 : 1, что соответствовало показателям предыдущих лет [10].

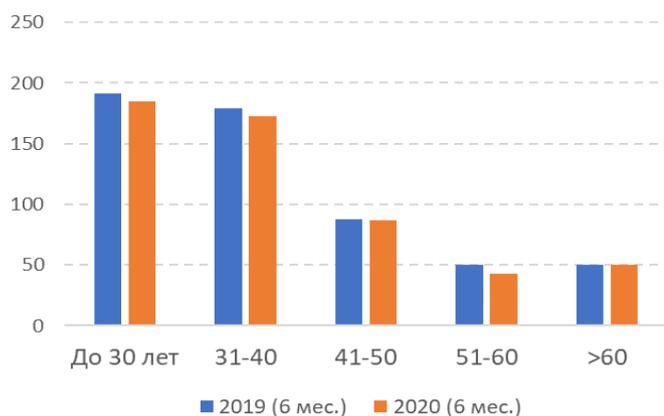


Рис. 3. Возрастной состав лиц, совершивших суицидальные попытки в Тюменской области в январе-июне 2019-2020 гг.

Поло-возрастные показатели лиц, совершивших покушения в 2019 и 2020 гг., практически не раличались. Соотношение М : Ж – 1,2. Наибольшее количество лиц с нелетальными суицидами в возрасте – до 40 лет (рис. 3).

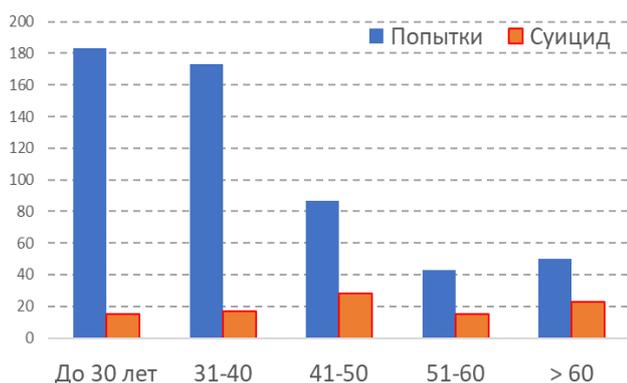


Рис. 4. Возрастной состав лиц, совершивших суицидальные попытки и погибших от самоубийства в Тюменской области в январе-июне 2020 гг.

Сравнение возрастных категорий покушающихся на суицид и погибших в январе-июне 2020 г. свидетельствует о значительных различиях. Среди последних доминировали лица более старших возрастных категорий (40+), что соответствует сред-

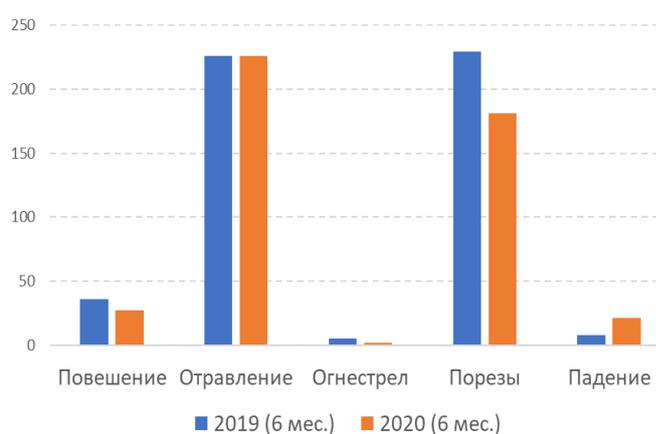


Рис. 5. Способы реализованных суицидальных попыток в Тюменской области в январе-июне 2019-2020 гг.

Среди реализованных попыток суицида в первой половине 2019 и 2020 г. доминировали умышленные отравления и порезы, но 2020 год характеризовался более низкими показателями попыток повешений и самопорезов.

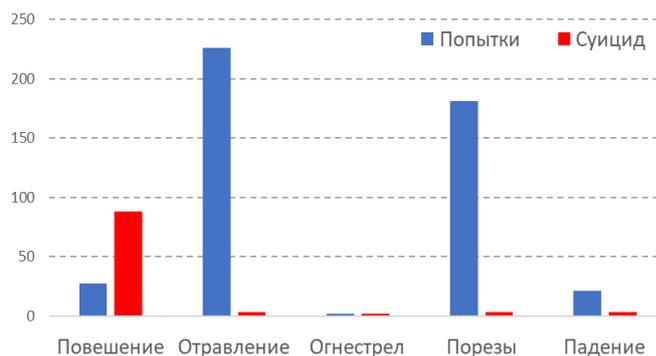


Рис. 6. Способы реализованных суицидальных попыток и летальных суицидов в Тюменской области в январе-июне 2020 гг.

Увеличение числа падений, вполне можно было бы объяснить условиями самоизоляции, однако среди 20 случаев падений лишь 1 был зарегистрирован в мае, при максимальных значениях в январе-марте (max в феврале – 5 случаев). Эти данные так же могут подтверждать общий вывод о сдер-

живающем влиянии самоизоляции, в том числе и на более травматичные способы нелетальных самоповреждений. Среди завершённых суицидов в январе-июне 2020 г. структура реализованных способов не отличалась от регистрируемых показателей в предыдущие годы [10]. По-прежнему, доминировало самоповешение – 86,5%.

Заключение.

Пандемия и последующие ограничительные меры, системный стресс отразились на уровне суицидальной активности населения Тюменской области. Основные регистрируемые показатели – нетипичный для предыдущих лет уровень снижения числа суицидальных попыток и самоубийств в мае 2020 г. с последующим значительным ростом в июне.

В качестве объяснений вполне оправдан вывод о сдерживающем влиянии противоэпидемических мер, преимущественно в ограничении доступности к способам суицида и усилении контроля со стороны окружающих.

Так же можно с уверенностью говорить о том, что самоизоляция, длительное пребывание в семье, не способствовало снижению суицидальной активности населения. Напротив, эти условия способствовали усилению явлений дезадаптации и суицидальной настроенности, что после отмены карантина отразилось на значительном росте летальных самоубийств и покушений.

Практическим выводом полученных данных является обоснование необходимости повышения эффективности мер, направленных на улучшение доступности населению психологической помощи, проведение разъяснительной и просветительской работы, в том числе реализуемых посредством дистанционных интернет - технологий, расширение немедицинских / социальных мер поддержки и др.

Литература:

1. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I // Суицидология. 2018. Т. 9, № 1 (30). С. 23-35.
2. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Уманский С.М. Суицидологический регистр – важный организационный элемент системы суицидальной превенции // Суицидология. 2010. Т. 1, № 1 (1). С. 8.
3. Любов Е.Б. Граждане под короной, или как это делается в Израиле и около // Девиантология. 2020. Т. 4, № 1. С. 55-91.
4. Психическое здоровье и психосоциальные аспекты в условиях вспышки COVID-19. Версия 1.5 17 марта 2020 г. Рабочая группа Межведомственного постоянного комитета по психическому здоровью и психосоциальной поддержке в условиях чрезвычайной ситуации, ВОЗ, 2020. 16 с.
5. Zhang Y., Ma Z.F. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study // Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020. № 17. P. 1–12.
6. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence // Lancet. 2020. № 395. P. 912–920.
7. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Положий Б.С. Пандемии и суицид: идеальный шторм и момент истины // Суицидология. 2020. Т. 11, № 1. С. 3-38.
8. Розанов В.А. Насущные задачи в сфере суицидальной превенции в связи с пандемией COVID-19 // Суицидология. 2020. Т. 11, № 1. С. 39-52. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-39-52
9. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные попытки в г. Тюмени // Тюменский медицинский журнал. 2013. Т. 15, № 1. С. 8-10.

10. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007-2012 гг. // Суицидология. 2013. Т.4, №1. С.54-61.

SUICIDAL ACTIONS IN THE TYUMEN REGION (WESTERN SIBERIA) IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC (6 months 2020)

P.B. Zotov, E.V. Rodyashin, O.N. Kuzmin

Tyumen state medical University, Tyumen
Regional clinical psychiatric hospital, Tyumen

The level of suicidal activity of the population of the Tyumen region (Western Siberia) in the context of the COVID-19 pandemic (6 months of 2020) is estimated. an atypical decrease in the number of suicidal attacks and suicides in May 2020 is shown, and a subsequent increase in June (after the quarantine was lifted). It is suggested that anti-epidemic measures may have contributed to limiting access to methods of suicide and strengthening control by others. It is concluded that it is necessary to provide the population with psychological assistance and expand social support.

Keywords: suicide, suicide, suicidal activity of the population in the conditions of the COVID-19 pandemic, Tyumen region, Western Siberia

COVID-19. АНАЛИЗ РОСТА ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ И СУИЦИДАЛЬНЫХ ИДЕЙ

*Т.И. Медведева, С.Н. Ениколопов,
О.М. Бойко, О.Ю. Воронцова*

ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва

E-mail: medvedeva.ti@gmail.com

Приведены результаты анализа роста депрессивной симптоматики и суицидальных идей во время пандемии COVID-19 в России. Использовались данные интернет опроса 22.03.20-22.06.20, всего ответило 908 человек. Выраженность депрессивной симптоматики связана с различными страхами, выраженность суицидальных идей связана с «неопределенной» тревогой и, возможно, с более тяжелым переживанием нарушения привычного образа жизни.

Ключевые слова: COVID-19, депрессия, суицидальные идеи, COPE

Пандемии COVID-19 может иметь серьезные последствия для психического здоровья [1, 2]. Самоубийства и акты аутоагрессии могут стать более серьезной проблемой по мере распространения пандемии и иметь более долгосрочные последствия для населения в целом [3], для экономики и особенно для уязвимых групп. Люди с психическими расстройствами могут испытывать ухудшение симптомов, а у других могут развиваться новые проблемы с психическим здоровьем, такие как депрессия, тревога и посттравматический стресс (все это связано с повышенным риском суицида). Неблагоприятные последствия пандемии могут усугубляться влиянием самоизоляции и физическим дистанцированием [4].

Риск суицида может возрасти из-за стигмы по отношению к людям с COVID-19 и их семьям. Также потеря работы и финансовые факторы стресса - общепризнанные факторы риска самоубийства [5].

Цель исследования: анализ роста депрессивной симптоматики и суицидальных идей во время пандемии COVID-19.

Материалы и методы.

Материалом для исследования стали данные анонимного интернет опроса, проведенного с 22 марта по 22 июня 2020 г. Опрос включал в себя социодемографические вопросы, вопросы о том, как респондент оценивает свое состояние во время пандемии, вопрос «бывают ли у вас мысли о том, чтобы покончить с собой», который позволял выбор по шкале Лайкерта от 0 до 4. Использовался *Симптоматический опросник SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised)*, русскоязычная версия *COPE* [6].

Для статистического анализа использовались методы корреляционного анализа (по Спирмену), а для параметров, выраженных в дихотомической шкале, критерий Хи-квадрат. Использовалась программа SPSS.

Результаты.

Изменения во времени. Для оценки динамики психопатологической симптоматики были выделены 3 периода времени, связанные с изменением мер противодействия пандемии в России:

1. 22 марта - 30 марта (220 человек, средний возраст $40,4 \pm 11,3$, из них 12,3% мужчин, остальные – женщины) – до принятия официальных мер борьбы с пандемией.

2. 31 марта – 12 мая (495 человек, средний возраст $41,3 \pm 12,2$, из них 17,2% мужчин) – ограничение передвижений, режим самоизоляции, закрытие предприятий.

3. 12 мая – 22 июня (193 человека, средний возраст $40,8 \pm 11,6$, из них 13,5% мужчин) – окончание выходных дней, ослабление и постепенная отмена ограничений.

Анализ показал статистически значимую положительную корреляцию между выраженностью суицидальных мыслей и психопатологической симптоматикой в SCL-90. Самый высокий коэффициент корреляции с депрессивной симптоматикой (коэффициент Спирмена 0,450, $p < 0,001$).

Депрессивная симптоматика статистически значимо растет на всем протяжении опроса (средние значения параметра «депрессия» опросника SCL-90: $0,75 \pm 0,70$ в начале опроса; $0,81 \pm 0,66$ в середине; $0,93 \pm 0,81$ в конце опроса). Рост суицидальных мыслей наблюдается в конце опроса, при этом статистически значимо растет не частота положительных ответов о суицидальных мыслях – в начале опроса 13%; в середине 11,7%; в конце 16,5% ($\chi^2 2,895$, $p = 0,235$), но к концу опроса растет их интенсивность (средние значения 0,20 в начале опроса; 0,19 в середине; 0,30 в конце опроса).

Социодемографические показатели. Корреляционный анализ показал статистически значимую отрицательную связь выраженности депрессивной симптоматики с возрастом, наличием семьи и детей. Эти же связи справедливы и для выраженности суицидальных идей (табл. 1). Выраженность депрессивной симптоматики во время пандемии зависит от пола и выше у женщин.

Оценка опасности пандемии, страхи за себя и близких. Выраженность депрессии статистически значимо связана с текущей ситуацией пандемии, она растет с появлением вируса в городе, с появлением заболевших среди знакомых, с увеличением страхов заболеть и умереть, страхов смерти других. Чем выше показатель депрессии, тем больше используется способов защиты от заражения. При более высоких показателях депрессивной симптоматики свое материальное положение респонденты оценивают, как менее благополучное, и считают, что оно ухудшается (разделы «Оценка опасности пандемии, страхи за себя и близких» и «Способы защиты» в табл. 1). Суицидальные мысли не связаны со страхами заражения себя и близких, не связаны с появлением больных в городе и среди знакомых.

Оценка своего состояния. Выраженность депрессии статистически значимо коррелирует с наличием различных соматических заболеваний (или подозрений в их наличии) и с отнесением себя к группе риска по заражению коронавирусом (раздел «Оценка своего физического состояния» в табл. 1).

Не выявлено связи суицидальных мыслей с наличием соматических заболеваний. При этом и при депрессивной симптоматике, и при суицидальных идеях выявлена связь с оценкой своего психологического состояния как менее благополучного (тревогой, подавленностью, нарушениями сна). Однако в отличие от депрессивной симптоматики, которая связана со снижением активности, выраженность суицидальных идей со снижением активности не связана (раздел «Оценка своего психологического состояния» в табл. 1).

Опросник COPE. Анализ связи способов совладания со стрессовой ситуацией во время пандемии с выраженностью депрессивной симптоматики и выраженностью суицидальных идей показал значимые положительные корреляции и депрессии, и выраженности суицидальных мыслей с показателями мысленного ухода, концентрации на эмоциях, отрицания, поведенческого ухода от проблемы, использованием успокоительных или алкоголя, и отрицательные корреляции с положительным переформулированием, активным совладанием, использованием юмора.

При этом выраженность депрессивной симптоматики связана с более высоким уровнем использования инструментальной поддержки, эмоциональной социальной поддержки.

Таблица 1
Связь мыслей о суициде и депрессии с социодемографическими показателями и оценкой своего состояния (корреляции по Спирмену)

Показатель	Депрессия	Мысли о том, чтобы покончить с собой
Социодемографические показатели		
Возраст	-,220**	-,170**
Пол	,138**	
Семейное положение	-,106*	-,107*
Наличие детей	-,212**	-,210**
Оценка опасности пандемии, страхи за себя и близких		
Вирус в городе	,121*	
Вирус у знакомых	,165**	
Боюсь тяжело заболеть	,132*	
Боюсь умереть	,188**	
Боюсь тяжелого состояния или смерти других	,112*	
Изменение материального положения	-,107*	
Материальное благополучие	-,114*	
Способы защиты		
Не покидаю дом	,100*	
Ношу маску	,099*	
Сумма способов	,116*	
Делали запасы	,143**	
Оценка своего физического состояния		
Заболевания обмена веществ	,102*	
Иммунодефицит	,119*	
Не указанные заболевания	,129**	
Отношусь к группе риска	,099*	
Оценка своего психологического состояния		
Тревога	,494**	,233**
Хороший сон	-,352**	-,140**
Подавленность	,682**	,322**
Активность	-,120*	
Нужна помощь психолога	,465**	,231**

Примечания. Уровень статистической значимости: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Связи выраженности суицидальных мыслей с использованием поддержки не выявлено. При росте мыслей о суициде снижается принятие и планирование, для депрессии такой зависимости не выявлено.

Обсуждение результатов.

Рост суицидальных мыслей отстает по времени от роста депрессивной симптоматики. Депрессивная симптоматика растет на протяжении исследования и связана с ростом непосредственной угрозы пандемии – появлением больных коронавирусом в ближнем окружении, со страхами заболеть и умереть, с наличием (или подозрением в наличии) соматических заболеваний. Рост мыслей о суициде проявляется в том, что увеличилась степень выраженности этих мыслей. Вероятно, суицидальные мысли

усиливаются на фоне пандемии у людей, которые и до пандемии были в группе риска, но во время пандемии выраженность этих мыслей возросла.

Таблица 2
Связь мыслей о суициде и депрессии с копингами (опросник COPE)

Показатель	Депрессия	Мысли о том, чтобы покончить с собой
Положительное переформулирование	-,211**	-,186**
Мысленный уход	,384**	,122*
Концентрация на эмоциях	,442**	,167**
Использование инструментальной поддержки	,174**	
Активное совладание	-,184**	-,176**
Отрицание	,253**	,159**
Юмор	-,167**	-,109*
Поведенческий уход от проблемы	,282**	,170**
Эмоциональная социальная поддержка	,151**	
Использование успокоительных	,385**	,304**
Принятие		-,116*
Планирование		-,202**

Примечания. Уровень статистической значимости: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Повышение суицидальных мыслей, как и увеличение депрессивной симптоматики, связано с неконструктивными копингами (мысленным уходом, концентрацией на эмоциях, отрицанием и др.), и в отличие от депрессивной симптоматики, со сниженной способностью к принятию и планированию на фоне пандемии.

Связь депрессивной симптоматики с появлением заболевших знакомых, со страхами за свою жизнь и жизнь близких, с обеспокоенностью своим материальным положением и своим соматическим здоровьем, с количеством способов защиты показывает, что депрессивная симптоматика связана с тем, что угрозы и страхи конкретны, «объективированы», респонденты с депрессивной симптоматикой понимают, чего именно они боятся, стараются что-то делать для своей безопасности, ищут поддержку.

Выраженность суицидальных мыслей не зависит от страхов и попыток что-то делать для своей безопасности. Возможно, суицидальные мысли усиливаются при отсутствии конкретной угрозы, при невозможности «объективировать» свои страхи, найти им объяснения в текущей ситуации. Непонимание причины своих страхов и тревоги может усиливаться неконструктивными копингами – снижением способности к принятию и планированию. И если при росте депрессивной симптоматики наблюдается рост копингов, связанных с поиском поддержки, при суицидальных мыслях не вы-

явлено такой связи. Так как неопределенность угрозы не дает возможность дать ей рациональное объяснение, найти материальное воплощение, могут быть трудности принятия ситуации, и планирования своих действий, и суицид может рассматриваться как один из способов выхода из сложной ситуации [7].

Другим возможным объяснением может быть связь выраженности суицидальных идей с более тяжелым переживанием нарушения привычного образа жизни, каждодневной рутины, с ограничениями социальных контактов и чувством одиночества, неопределенности будущего. Это требует дальнейших исследований.

Выводы. Несмотря на то, что депрессивная симптоматика является важным фактором суицидального риска, наше исследование показало, что во время пандемии рост депрессивной симптоматики и суицидальных мыслей обусловлены разными факторами.

Рост депрессивной симптоматики связан с различными страхами и опосредован неконструктивными способами совладания со стрессом. Однако присутствуют и конструктивные копинги - поиск поддержки.

Выраженность мыслей о суициде растет на фоне пандемии, и связана с высоким уровнем стресса, который не объясняется людьми с суицидальными мыслями «объективной» угрозой, а переживается ими как «неопределенная» тревога, что не дает возможности воспользоваться такими копингами как принятие и планирование.

Дальнейшим направлением исследования может быть изучение связи выраженности суицидальных идей с более тяжелым переживанием нарушения привычного образа жизни, чувством одиночества, неопределенности будущего.

Литература:

1. Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V.H. et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science // *Lancet Psychiatry*. 2020. V. 7, № 6. P. 547-560.
2. Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Медведева Т.И. и соавт. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19 // *Психолого-педагогические исследования*. 2020. Т. 12, № 2. С. 108-126.
3. Gunnell D., Appleby L., Arensman E. et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic // *Lancet Psychiatry*. 2020. V. 7, № 6. С. 468-471.
4. Yao H., Chen J.H., Xu Y.F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic // *Lancet Psychiatry*. 2020. V. 7, № 4. e21. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30090-0
5. Stuckler D., Basu S. et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis // *Lancet*. 2009. № 374 (9686). P. 315-323.
6. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О., Осин Е.Н. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики COPE // *Психология. Журнал высшей школы экономики*. 2013. Т. 10, № 1. С. 82-118.
7. Казьмина О.Ю., Медведева Т.И., Щелокова О.А. и соавт. Депрессии юношеского и молодого возраста: предикторы прогноза суицидального риска // *Психиатрия*. 2014. № 4 (64). С. 11-20.

COVID-19. ANALYSIS OF THE INCREASE IN DEPRESSIVE SYMPTOMS AND SUICIDAL IDEATION

*T.I. Medvedeva, S.N. Enikolopov,
O.M. Boyko, O.Yu. Vorontsova*

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

The results of the analysis of the growth of depressive symptoms and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic in Russia are presented. We used the data of the Internet survey, a total of 908 people answered 22.03.20-22.06.20. The severity of depressive symptoms is associated with various fears, the severity of suicidal ideas with «uncertain» anxiety and, possibly, with a more difficult experience of lifestyle changes.

Keywords: COVID-19, depression, suicidal ideation, COPE

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ 20-013-00129.

ЛЕКСИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫСКАЗЫВАНИЙ О COVID-19 ЛЮДЬМИ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ИДЕЯМИ

*С.Н. Ениколопов, Т.И. Медведева, О.М. Бойко,
М.А. Станкевич, О.Ю. Воронцова*

ФГБНУ НЦПЗ, ФИЦ ИУ РАН, Москва, Россия

E-mail: medvedeva.ti@gmail.com

В статье обсуждаются результаты лексического анализа высказываний о пандемии COVID-19 людьми с суицидальными идеями. Всего проанализировано 434 высказывания, полученных в ходе анонимного интернет опроса. Выявлены лексические особенности высказываний, которые связаны с психологическими особенностями людей с суицидальными идеями.

Ключевые слова: SARS-CoV-2, COVID-19, пандемия, лексический анализ, суицидальные идеи, СТИ

Актуальной является оценка влияния пандемии COVID-19 на психическое здоровье [1, 2], Психологические проблемы могут оказать влияние на рост суицидальных идей [3]. Суицидальные намерения не всегда могут быть выявлены посредством интервью и опросников. В психодиагностической практике существует дефицит методов, защищенных от влияния преднамеренных и непроизвольных искажений со стороны испытуемого. Более надежными и объективными могут быть методы, позволяющие оценить имплицитное отношение к суициду [4, 5]. Лингвистический анализ является одним из инструментов для выявления имплицитных характеристик, которые присутствуют в речи людей с суицидальными идеями.

Целью исследования был лексический анализ высказываний о COVID-19 людей с суицидальными идеями.

Таблица 1

Описательная статистика групп с суицидальными идеями и без суицидальных идей и результаты опросника конструктивного мышления *СТИ*

Показатель	Есть суицидальные идеи	Нет суицидальных идей	Значимость различий
Всего	56	378	
% мужчин	14,3%	85,7%	
% женщин	12,6%	87,4%	
Возраст	36,5±12,6	43,4±11,6	,000
Опросник конструктивного мышления (СТИ)			
Общая шкала конструктивного мышления	87,182±10,617	97,853±12,485	,000
Эмоциональное совладание	71,773±16,712	90,436±19,386	,000
Поведенческое совладание	39,466±6,409	41,761±5,902	,001
Категорическое мышление	37,807±7,720	34,265±7,706	,000
Личностно-суеверное мышление	12,636±3,353	10,442±3,331	,000
Социальная желательность	19,114±3,528	20,267±3,533	,005

Таблица 2

Процент лексических единиц в группах текстов

Лексическая единица	Суицидальные идеи	
	Есть	Нет
Число восклицательных знаков / Число предложений	4,48	8,79
Доля местоимений 1 лица ед. числа	25,86	18,05
Доля глаголов 3 лица	50,00	36,40
Доля местоимений 3 лица	10,34	5,26
Часть речи: числительное-прилагательное	0,21	0,13
LIWC: Числительное	0,42	0,30
Разрушение, катастрофы, несогласие		
Словарь: Лексика разрушения и насилия	1,47	0,96
Словарь: Катастрофы	0,21	0,07
LIWC: Согласие	0,10	0,48
Лексика "сопротивления"		
Словарь: Лексика мотивации, деятельности и напряжения	0,73	1,50
Жаргон, сленг		
Словарь: Компьютерный жаргон	0,10	0,07
LIWC: сленг	0,31	0,04
LIWC: Вульгаризм/Табу	0,42	0,11
Словарь: Обсценная лексика	0,21	0,15
Словарь: Прецедентные, архаизмы, междометия и др.	0,21	0,15
Образ жизни		
LIWC: Семья	0,42	0,11
LIWC: Потребление	0,10	0,07
LIWC: Деньги	2,41	1,68
Телесность, перцепция		
LIWC: Тело	0,42	0,24
LIWC: Здоровье	1,68	0,89
LIWC: Видение	0,10	0,44
LIWC: Слышание	0,31	0,59

Материалы и методы. Материал исследования получен с помощью интернет опроса с 22.03.20 по 15.06.20. Опрос включал в себя социодемографические вопросы, вопрос «бывают ли у вас мысли о том, чтобы покончить с собой», который позволял выбор по шкале Лайкерта от 0 до 4, использовался *Опросник конструктивного мышления (СТИ)* [6], предлагалось в свободной форме высказать свое мнение о происходящем. Для оценки свободного высказывания о пандемии были применены методы компьютерного анализа текстов: частотного лексического анализа PLATIn, позволяющего оценивать выраженность в тексте лексики, принадлежащей к тематическим группам слов с семантикой различных психологических состояний и личностных установок; использовалась также программа Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC) [7] для подсчета в тексте доли слов, обозначающих психологические процессы, эмоции, когнитивные операции и т. д. На основе ответа на вопрос про суицидальные мысли тексты были разделены на группы – «с суицидальными идеями» и «без суицидальных идей». Была оценена частотность встречаемости лексики в этих двух массивах текстов.

Для статистического анализа использовалась программа SPSS: для сравнения средних в группах - метод ANOVA, для параметров, выраженных в дихотомической шкале, критерий Хи-квадрат.

Результаты.

Всего получено 434 высказываний о пандемии. На основе ответа на вопрос про суицидальные мысли были выделены две группы респондентов: группа суицидальными идеями и группа без суицидальных идей. В таблице 1 приведен состав этих групп (табл. 1).

Процент мужчин и женщин в группах без суицидальных мыслей и с суицидальными мыслями статистически значимо не различался. Респонденты, имеющие суицидальные идеи были статистически значимо моложе.

В опроснике *СТИ* (табл. 1) выявлено значимое снижение в группе с суицидальными идеями значений параметров: конструктивное мышление,

эмоциональное совладание, поведенческое совладание, повышено категорическое мышление, личностно-суеверное мышление. В ответах этой группы также была снижена социальная желательность.

Лексический анализ. Компьютерный лексический анализ показал различия в частоте использования лексики из разных категорий (ниже приведены категории, по которым различие составляло не менее 30%). В таблице 2 приведены данные о частоте встречаемости в группах текстов различных лексических единиц. При суицидальных идеях снижена частота восклицательных знаков, повышена доля местоимений 1-го лица и 3-го лица, также повышено употребление числительных (табл. 2).

Увеличена лексика разрушения и насилия, катастроф, снижена лексика согласия и мотивации, деятельности, сопротивления. Увеличены жаргон, сленг, обценная лексика, чаще используются прецедентные, архаизмы, междометия. Чаще используется лексика, имеющая отношение к семье, чаще встречается тема денег и потребления. Снижена лексика «видения» и «слышания».

Обсуждение результатов. Более частое употребление местоимений 1-го лица в группе с суицидальными идеями говорит о сосредоточенности на себе, повышенной эгоцентричности. Одновременно с более частым использованием местоимений и глаголов 3-го лица это может отражать характер отношений с другими, в котором проявляется скорее противопоставление себя и других - «я и они», а не включение в группу, которое могло бы проявляться в появлении местоимений «мы», или потребности в диалоге, и тогда мы могли бы видеть «ты» или «вы». О противопоставлении себя другим может говорить и снижение лексики согласия. Все это может отражать повышенное чувство одиночества, которое является одной из важных психологических характеристик суицидальности. Снижение лексики «видения» и «слышания», с помощью которых обычно описывают свой опыт, также может быть связано с максимальной сосредоточенностью на себе и своем внутреннем мире, и отражать сужение восприятия, когда все остальное теряет значение, что отражает наблюдаемые в клиническом опыте феномены у людей с суицидальными идеями.

Тема пандемии, как стрессогенная ситуация, способствует увеличению негативных высказываний. Тональность слов снижена у всех. Однако анализ лексики показывает, что люди с суицидальными мыслями не отличаются высокой эмоциональностью в высказываниях о пандемии, об этом говорит снижение частоты восклицательных предложений и отсутствие различий в частоте эмоциональной лексики. При этом присутствуют темы разрушения, насилия, катастроф. Эмоциональное высказывание всегда содержит в себе оценку происходящего, однако в группе с суицидальными

мыслями мы видим лишь констатацию факта катастрофичности ситуации, но не видим эмоциональной реакции и желания действовать (так как снижена лексика мотивации, деятельности, напряжения). В реальной жизни многие решения принимаются на основе эмоционального опыта. Опора на эмоциональный опыт позволяет интегрировать противоречивые чувства, интуитивно делать выбор в сложной неоднозначной ситуации. Нарушение этого механизма принятия решений выявлено при некоторых психических заболеваниях и суицидальном риске [8, 9], и в нашем исследовании подтверждаются более низкими показателями поведенческого совладания, что говорит о снижении способности действовать эффективно. При снижении способности опираться на эмоциональный опыт при принятии решений, на первый план может выйти категоричность, бинарность восприятия ситуации как «черное» или «белое» (об этом говорят более высокие показатели категорического мышления). Также снижение способности действовать может быть связано с повышением показателей личностно-суеверного мышления. Личностно-суеверное мышление определяет, насколько люди склонны к личным суевериям типа «если желать чего-то слишком сильно, именно это и не даст случиться желаемому». Личностно-суеверное мышление позволяет избежать слишком сильного расстройства из-за неудач благодаря уничтожению всяческих надежд и энтузиазма.

Сниженные показатели эмоционального совладания говорят о том, что в группе с суицидальными идеями снижена способность справляться с неприятной ситуацией без развития стресса (так как у них нестабильная самооценка, они склонны все принимать близко к сердцу, чувствительны к неодобрению, отказам, или к собственным промахам. застревают на прошлых неудачах). При этом при наличии суицидальных идей, снижение лексики мотивации, деятельности, напряжения говорит нежелании или невозможности что-то делать для улучшения своего психологического состояния, и на фоне сниженной способности к эмоциональному совладанию может подталкивать к поиску простого решения, когда «уход» может представляться самым легким и быстрым решением.

При суицидальных идеях нет повышения частоты употребления лексики из темы «смерти». Тема смерти в обычной жизни часто табуирована, но мы можем предполагать, что она является актуальной для группы с суицидальными идеями, а снижение социальной желательности позволяет им свободно высказывать свои мысли. Однако частота лексики из темы «смерти» не увеличена в группе с суицидальными идеями. То есть они не видят связи между пандемией и возможной смертью себя или близких. Возможно, тема смерти для них в первую очередь связана с их собственным выбором, а не

внешним влиянием. Это может объяснять идеи суицида как полного контроля над своей жизнью и смертью.

Жаргон и сленг являются проявлениями примитивизации лексики, ее обеднения, упрощения. В этом также можно видеть сложности в понимании и выражении своего эмоционального состояния. Более частое употребление жаргона, сленга и общенной лексики может быть связано со снижением контроля в социальном взаимодействии.

Повышенная частота обращения к теме семьи в рамках нашего исследования не может быть конкретизирована, так как невозможно определить, связано ли это с тем, что в семье они ищут и получают опору в сложной для себя ситуации, или воспринимают семью как угрозы и помеху.

Выводы. Выявлены лексические особенности высказываний о COVID-19, которые отражают психологические особенности людей с суицидальными идеями. Люди с суицидальными идеями чаще сосредоточены на себе и противопоставляют себя другим, что проявляется в более частом использовании местоимений 1-го и 3-го лица и снижении лексики согласия.

Низкая частота эмоциональной лексики на фоне более частого обращения к темам разрушения, насилия, катастроф отражает снижение способности эмоциональной регуляции в принятии эффективных решений.

Снижение лексики мотивации и деятельности на фоне сниженной способности к эмоциональному совладанию может подталкивать к поиску простого и быстрого решения.

Отсутствие более частого употребления темы смерти при высказывании о пандемии при наличии суицидальных идей вероятно обусловлено тем, что смерть для них связана с их собственным выбором, а не внешним влиянием.

Литература:

1. Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V.H. et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science // *Lancet Psychiatry*. 2020. № 7. P. 547-560.
2. Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Медведева Т.И. и соавт. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19 // *Психолого-педагогические исследования*. 2020. № 12 (2). P. 108-126.
3. Gunnell D., Appleby L., Arensman E. et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic // *Lancet Psychiatry*. 2020. № 7 (6). P. 468-471. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30171-1
4. Казьмина О.Ю., Медведева Т.И., Щелокова О.А. и соавт. Депрессии юношеского и молодого возраста: предикторы прогноза суицидального риска // *Психиатрия*. 2014. № 4 (64). С. 11-20.
5. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Казьмина О.Ю. и соавт. Моральные суждения и имплицитное отношение к смерти при суицидальном риске // *Суицидология*. 2018. Т. 9, № 1. С. 44-52.
6. Лебедев С.В., Ениколопов С.Н. Адаптация методик исследования посттравматических стрессовых расстройств // *Психологическая диагностика*. 2004. № 3. С. 19-38.
7. Pennebaker J.W., Boyd R.L., Jordan K. et al. The development and psychometric properties of LIWC2015. Austin, TX: University of Texas at Austin, 2015. 25 p.
8. Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н. и соавт. Нарушение принятия решений и суицидальная направленность // *Психологические исследования*. 2016. Т. 9, № 46. С. 3.

9. Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Бархатова А.Н. и соавт. Особенности эмоциональной регуляции принятия решений при манифестирующей в юношеском возрасте приступообразной шизофрении // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014. № 114 (9). С. 53-60.

LEXICAL ANALYSIS OF STATEMENTS ABOUT COVID-19 BY PEOPLE WITH SUICIDAL IDEAS

S.N. Enikolopov, T.I. Medvedeva, O. M. Boyko, M.A. Stankevich, O.Yu. Vorontsova

FSBSI MHRC, FRC CSC RAS, Moscow, Russia

Results of a lexical analysis of statements about the COVID-19 pandemic by people with suicidal ideas are presented. A total of 434 statements were analyzed, obtained in the course of an anonymous Internet survey. The lexical features of the statements that reflect the psychological characteristics of people with suicidal ideas are revealed.

Keywords: SARS-CoV-2, COVID-19, pandemic, lexical analysis, suicidal ideation, CTI

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ №17-29-02305

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ: НАДЕЖДЫ И РАЗОЧАРОВАНИЯ

V.A. Rozanov

Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

E-mail: v.rozanov@spabu.ru

В коротком обзоре обсуждается проблема генетической обусловленности суицидального поведения и поиска его генетических маркеров. Все существующие стратегии и подходы имеют как преимущества, так и недостатки, для получения надежных маркеров необходимы дальнейшие исследования с использованием однородных суицидальных фенотипов.

Ключевые слова: самоубийство, наследуемость, психогенетика, геномика, гены-кандидаты, сканирование и секвенирование генома

Наследуемость суицида – мифы или реальность? Один из мифов о самоубийстве, как известно гласит, что самоубийство имеет свойство наследоваться, передаваться из поколения в поколение. Этот миф на самом деле не лишен оснований. Действительно, как говорил основатель семейной психотерапии Карл Уиттакер (Carl Wittaker, 1912-1995) «самоубийца формируется в трех поколениях». В некоторых ведомствах в СССР в 30-е годы прошлого века при приеме на работу необходимо было отметить в анкете, были ли в роду случаи самоубийства. История семьи такой известной личности как Эрнест Хемингуэй (покончили с собой его отец, он сам, его брат, сестра и его внучка) является ярким примером. Одно этого уже достаточно, чтобы в сознании

закрепилось представление о некоем наследственном факторе. Однако именно такие случаи, связанные с широко известными людьми, могут вводить в заблуждение, поскольку история такой семьи может оказывать сильное психологическое влияние на потомков (что, возможно, и произошло в случае с Марго Хемингуэй, которая была найдена мертвой в окружении пустых пачек от снотворного в своей квартире за день до годовщины самоубийства своего всемирно известного деда). Поэтому столь необходимы объективные исследования генетики суицидального поведения, включая поиск маркеров такого поведения.

Исследования в парадигме классической психогенетики.

Психогенетика использует три основных метода – семейный (который служит в основном целям ориентировочных оценок), близнецовый, и метод приемных детей. Два последних дают возможность более точно оценить вклад генов и психосоциальной среды. Во второй половине прошлого века ряд исследований позволили увидеть более объективную картину – действительно, наличие истории самоубийств в семье повышает риск на порядок, монозиготные близнецы имеют конкордантность по суицидальному поведению в 2-3 выше, чем дизиготные и еще выше, чем обычные сиблинги, приемные дети из суицидальных семей, получившие воспитание в семьях без семейной истории суицидов, несут генетическое бремя своих биологических родителей [1-3]. Исследования близнецов, автором которых был американский генетик и суицидолог Алек Рой (Alec Roy) дали возможность оценить наследуемость суицида – 45% [4]. Иными словами, классическая психогенетика, которая формально оценивает, насколько вариативность того или иного признака обусловлена вариативностью генотипов или средовых факторов, дает убедительные свидетельства в пользу высокой степени наследуемости суицида. Методы психогенетики, впрочем, имеют множество недостатков, связанных с недоучетом тонких психологических моментов, которые могут оказывать очень сильное влияние. Если проблему рассматривать с точки зрения геносоциограмм, «синдрома предков» и семейного бессознательного [5], то выводы психогенетики уже не выглядят столь однозначными. Другими проблемными аспектами данного подхода являются сложности учета взаимодействия генов и среды и эпигенетических эффектов.

Гены-кандидаты.

Появление сравнительно недорогих методов выявления генетических полиморфизмов подстегнуло поиск аллелей, непосредственно связанных с суицидом или суицидальной попыткой. Изначально стратегия заключалась в установлении ассоциаций с вариантами так называемых генов - кандидатов, выбор которых определялся патофизиологиче-

скими представлениями. Главные системы мозга (серотонинергическая, катехоламиновая, дофаминовая, ГАМК-система и система возбуждающих аминокислот, а также некоторые другие) стали поставщиками идей, какие гены следует искать в первую очередь. За последние годы опубликованы обширные обзоры по данной проблеме [6, 7, 8, 9], которые позволяют кратко изложить этот вопрос, не обращаясь к первоисточникам, число которых слишком велико.

На первом месте по числу исследований стоит серотонинергическая система. Наиболее изученные ассоциации ее компонентов – это полиморфизмы генов ферментов синтеза и распада серотонина - триптофангидроксилазы (*TPH1* и *TPH2*), и изоформ моноаминоксидазы (*MAOA*), варианты рецепторов (*5-HTR_{2A}*, *5-HTR_{1A}*, *5-HTR_{1B}*) и транспортера – *5-HTT*. Функциональный полиморфизм этого гена, известный как *5-HTTLPR* наиболее изучен. Интерес к нему возник после лонгитюдного исследования, в котором было показано взаимодействие этого полиморфизма со стрессовыми событиями жизни: носители короткого S аллеля при равном уровне стресса чаще страдали депрессией и отмечали суицидальные мысли и попытки [10].

Катехоламины мозга (адреналин, норадреналин и дофамин) также интенсивно изучались в связи с их нейромедиаторными функциями, участием в реализации стрессовых реакций и патогенезе депрессии. У лиц, совершивших тяжелые суицидальные попытки, выявляется преобладание определенных полиморфизмов, связанных с геном тирозингидроксилазы (*TH*) и катехоламин-О-метилтрансферазы (*COMT*). Что касается адренорецепторов, то с суицидом ассоциированы ряд генетических вариантов гена *ADRA2A* [6-9]. Исследования генов, кодирующих рецепторы к дофамину (*DRD2*) и генов ГАМК-системы (*GAD1*, *GAD2*, *GABRA1*, *GABRA3*) не дали однозначных результатов [6-9]. Почти по всем исследованным генам-кандидатам отмечается, что они вовлечены одновременно в патогенез ряда психических расстройств – в основном депрессии, но также шизофрении и маниакально-депрессивного психоза. Таким образом, факт выявления ассоциации с тем или иным вариантом того или иного гена мало что дает в плане возможного предсказания вероятности суицидального поведения у носителя данного варианта. Главным образом, это подтверждение существующих представлений о патогенезе и факторах риска суицидального поведения.

По мере того, как было осознано значение нейропластичности и стали более понятны клеточные и нейрохимические процессы в мозге в процессе его внутриутробного и постнатального развития, все большее внимание суицидологов стали привлекать нейротрофины. Эти сигнальные молекулы играют важнейшую роль в формировании, дальней-

шем развитии и постоянном изменении клеточных структур мозга, в том числе в процессе приобретения опыта, памяти, реагирования на стресс и т.д. Были выявлены ассоциации с геном нейротрофина *BDNF*, варианты которого участвуют в формировании стресс-диатеза [11, 12]. Большой цикл работ был посвящен системе стресс-реагирования организма, в частности была выявлена ассоциация варианта гена кортикотропин-релизинг-гормона *CRHR1* с суицидальной попыткой у мужчин при относительно низком уровне стресса [13], выявлена также связь генов *FKBP5* и *SKA2* с суицидальной попыткой (продукты обоих генов участвуют в регуляции уровня кортизола при стрессе) [14, 15]. Однако гены системы стресс-реагирования, как и гены медиаторных систем мозга, также вовлечены в патогенез многих психических расстройств.

С суицидальным поведением оказались также ассоциированы гены различных нейрональных и ненервных систем организма, например гена *SCN8A*, кодирующего молекулу натриевого канала, гена *VAMP4*, кодирующего мембранный протеин, вовлеченный в процесс синаптического выброса медиаторов, генов ангиотензина, рецепторов к ангиотензину и системы G-белков, аполипопротеина E, участвующего в обмене холестерина в мозге и в процессах миелинизации, гена спермин / спермидин-N(1)-ацетилтрансферазы, связанного с обменом полиаминов, а также нейрональной NO-синтазы – регулятора сосудистого тонуса [12].

Основная проблема исследований генов-кандидатов заключается в том, что выявленные ассоциации могут присутствовать в одной выборке, и отсутствовать в другой, слишком велика роль этнического фактора, т.е. для каждой группы лиц приходится искать свои варианты. Значение генов-кандидатов ограничено ролью в понимании патогенеза суицида, их предиктивная роль мала. Для подтверждения роли выявленных генов - кандидатов проводились исследования, в которых проверялась интенсивность их экспрессии, образование соответствующих РНК и накопление продуктов. Кроме того, ряд исследований указал на роль эпигенетических механизмов в нервной ткани, которые влияют на активность генома, особенно в связи со стрессом [16].

Находки при анализе большого числа признаков.

Дальнейшее совершенствование методов выявления полиморфизмов, в частности, чип-гибридизация (сканирование генома, GWAS), полногеномное (WES) и полногеномное секвенирование (WGS) открыли новые перспективы изучения генетических маркеров различных нейropsychических заболеваний и суицидального поведения. Появилась возможность выявления маркеров безотносительно существующих патофизиологических представлений, исключительно на основе техноло-

гий. Иными словами, достаточно собрать как можно более однородную группу с характерными проявлениями (в данном случае – с суицидальным поведением, например, мыслями, попытками) и провести сканирование или секвенирование генетического материала, а дальнейший анализ, в котором огромную роль играют биоинформатические методы с использованием больших компьютерных мощностей, сам подскажет ассоциации. Большие надежды возлагались на GWAS. В одной из работ выявлено более 500 маркеров, в их числе такие ранее замеченные в связи с суицидами и психическими расстройствами гены как *BDNF*, *CDH10*, *CDH12*, *CDH13*, *CDH9*, *CREB1*, *DLK1*, *DLK2*, *EFEMP1*, *FOXP3*, *IL2*, *LSAMP*, *NCAM1*, *NGF*, *NTRK2* и *TBC1D1*. Эти гены имеют отношение к клеточной адгезии, миграции клеток, внутриклеточной сигнальной трансдукции, рецепторным тирозин-киназам, транскрипционным факторам, нейротрофинам и другим сигнальным белкам [17]. Наш анализ результатов 15 известных GWAS подтверждает, что в этих исследованиях редко выявляются маркеры нейромедиаторных систем, которые ранее изучались с позиций стратегии генов-кандидатов, однако всплывает очень широкий набор генов, имеющих отношение к межклеточным взаимодействиям, синаптогенезу, иммунной системе, клеточному делению, клеточной архитектонике, сигнальным молекулам, регуляторным каскадам, рецепторам и их субъединицам. При этом характерно, что повторяются в разных работах всего 4 гена, а именно *NTRK2*, *LSAMP*, *FOXP3* и *CTNNA3* [18].

При большом числе генов возрастает роль методов анализа. При использовании сетевого и топологического подхода на основе анализа 1700 публикаций удалось скомпилировать список из 91 гена, среди них роль «хабов» (наиболее связанных с другими генами центров) играют такие как *CCK*, *SLC6A4*, *CRH*, *FOXP3*, *ADRA2A*, *BDNF*, *ASIC2*, *CDH13*, *NGFR*, *FKBP5*, *SLIT2*, *SLC1A2*, *NPY*, *SCN8A*, *DDC*, *APOE*, *NTRK2*, *CRHR1*, *CRHR2* [19]. Почти все они вовлечены в стресс-реакцию организма. В одной из последних работ в результате мощного биоинформатического анализа, основанного на всех возможных источниках информации (гены-кандидаты, GWAS, CNV, WES) выделены 106 генов из ~2500, чаще всего ассоциированные с суицидом. Кроме того, выделены 40 «специфических» генов (из ~3900), не имеющих ассоциаций ни с одним психическим расстройством [20]. Основной проблемой исследований такого типа является также слабая воспроизводимость результатов, а также то, что многие ассоциации буквально ставят исследователя в тупик, поскольку трудно объяснить связь некоторых полиморфизмов с суицидальным поведением.

Заключение. Все подходы к выявлению генетических маркеров суицидальности имеют свои

неоспоримые преимущества, но и значительные недостатки, в силу которых их практическое использование пока под большим вопросом. Основная сложность заключается в технических ограничениях самих методов, а также в том, что необходимо учитывать процесс развития мозга и организма в целом, то есть экспрессию этих генов, начиная от внутриутробного периода. Дополнительную сложность представляет перекрывание между генами суицида и психических расстройств и невозможность порой дать точную характеристику фенотипа. Таким образом, поиск генетических маркеров суицидального поведения продолжается, и на этом пути еще немало сложностей.

Литература:

1. Brent D.A., Bridge J., Johnson B.A. et al. Suicidal behavior runs in families. A controlled study of adolescent suicide victim // Archives of General Psychiatry. 1996. № 53. P. 1145-1152.
2. Statham D.J., Heath A.C., Madden P.A.F et al. Suicidal behavior: an epidemiological and genetic study // Psychological medicine. 1998. 28. 839-855.
3. Baldessarini R.J., Hennen J. Genetics of suicide: an overview // Harvard Review of Psychiatry. 2004. № 12. P. 1-13.
4. Voracek, M., Loibl, L.M. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies // Wien Klin Wochenschr. 2007. № 119. P. 463-475.
5. Анселин-Шутценбергер А. Синдром предков. М.: Психотерапия, 2007. 256 с.
6. Розанов В.А. Гены и суицидальное поведение // Суицидология. 2013. Т. 4, № 10. С. 3-14;
7. Mirkovic B., Laurent C., Podlipski M.A. et al. Genetic association studies of suicidal behavior: A review of the past 10 years, progress, limitations, and future directions // Front. Psychiatry. 2016. № 7. P. 158.
8. Sarchiapone M., Iosue M. Genetics of suicidal behavior. In: Suicidal Behavior. Underlying Dynamics. U. Kumar (ed.), 2015, London, NY: Routledge. pp. 23-38.
9. Розанов В.А., Кибитов А.О., Гайнетдинов Р.Р., Меринов А.В., Зотов П.Б. Современное состояние молекулярно-генетических исследований в суицидологии и новые возможности оценки риска суицида. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 3-20. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-3-20
10. Caspi A., Sugden K., Moffitt T.E. et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene // Science. 2003. № 301. P. 386-389.
11. Tsai S.-J., Hong C.-J., Liou Y.-J. Recent molecular genetic studies and methodological issues in suicide research // Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry. 2011. № 35. P. 809-817.
12. Turecki, G., Ernst, C., Jollant, F. et al. The neurobehavioral origins of suicidal behavior // Trends in Neurosciences. 2012. № 35. P. 14-23.
13. Wasserman D., Sokolowski M., Rozanov V. et al. The CRHR1 gene: A marker for suicidality in depressed males exposed to low stress // Genes, Brain and Behavior. 2008. V. 7, № 1. P. 14-19.
14. De la Cruz-Cano E. Association between FKBP5 and CRHR1 genes with suicidal behavior: A systematic review // Behavioral Brain Research. 2016. № 317. P. 46-61.
15. Kaminsky Z., Wilcox H.C., Eaton W.W. et al. Epigenetic and genetic variations at SKA2 predict suicidal behavior and post-traumatic stress disorder // Translational Psychiatry. 2015. № 5. e627.
16. Rozanov V. Stress and Epigenetics in Suicide. 1st Edition, Academic Press, 2017. 227 p.
17. Sokolowski M., Wasserman J., Wasserman D. Polygenic associations of neurodevelopmental genes in suicide attempt // Molecular Psychiatry. 2016. V. 21, № 10. P. 1381-1390
18. Розанов В.А., Мазо Г.Э., Кулемин Н.А. Полногеномные ассоциативные исследования в суицидологии: анализ последних достижений // Генетика, 2020. Т. 56, № 7. С. 741-761.
19. Bozorgmehr A., Ghadirivasfi M., Tavakoli M. et al. Integrated analysis of the genetic basis of suicidal behavior: what has been shown by structural genetics studies so far // Psychiatr Genet. 2018. V. 28. № 2. P. 31-37.
20. Sokolowski M., Wasserman D. Genetic origins of suicidality? A synopsis of genes in suicidal behaviours, with regard to evidence diversity, disorder specificity and neurodevelopmental brain tran-

scriptomics // European Neuropsychopharmacology. 2020. № 37. P. 1-11

GENETIC MARKERS OF SUICIDAL BEHAVIOR: HOPES AND DISAPPOINTMENTS

V.A. Rozanov

Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia

In this short review the problem of genetic factors of suicidal behavior and search of its 'genetic markers are discussed. All existing approaches have both advantages and disadvantages, for obtaining more reliable markers further studies of uniform suicidal phenotypes are needed.

Keywords: suicide, heritability, behavioral genetics, genomics, candidate genes, genome wide association studies, whole genome sequencing

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

С.Н. Васильева, Г.Г. Симуткин, Е.Д. Счастливый, Л.В. Горшкова, О.В. Рощина, Е.В. Диденко

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, г. Томск

E-mail: vasilievasn@yandex.ru

В психиатрическом стационаре обследовано 79 пациентов с аффективными расстройствами, из них 37 пациентов имели алкогольную зависимость. В ходе исследования было показано, что пациенты с коморбидностью аффективных расстройств и зависимостью от алкоголя чаще совершают суицидальные попытки в анамнезе, по сравнению с пациентами без наличия коморбидной алкогольной зависимости.

Ключевые слова: аффективные расстройства, алкогольная зависимость, суицидальное поведение

Высокий уровень коморбидности аффективных расстройств (АР) с другими психическими расстройствами подтвержден результатами многих исследований [5]. Алкогольную зависимость относят к числу наиболее часто встречаемых коморбидных патологий при аффективных расстройствах [7]. Пациенты, страдающие аффективными расстройствами, зачастую используют алкоголь для облегчения симптомов депрессии и тревоги [2, 3]. При алкогольной зависимости частота встречаемости расстройств настроения также достигает высокого уровня. Так, по данным мета-анализа среди пациентов, злоупотребляющих алкоголем (n=1767), депрессивные расстройства встречаются в 43,2% случаев [10]. Многие исследователи считают, что АР и алкогольная зависимость повышают риск развития друг друга, однако ряд авторов выявляют такую закономерность лишь у лиц мужского пола [1]. Коморбидность АР с алкогольной зависимо-

стью затрудняет диагностику обоих расстройств. В таких случаях порой сложно отграничить, с одной стороны, сформированную алкогольную зависимость от симптоматического употребления алкоголя, с другой – депрессивное расстройство от вторичной депрессии, вызванной интоксикацией этанолом или реакцией личности на социальные последствия алкоголизма.

Как известно, АР и алкогольная зависимость способствуют развитию суицидального поведения у пациентов [6, 9]. Коморбидность вышеозначенных расстройств приводит к ещё большему росту суицидального риска [8].

Цель: определение влияния алкогольной зависимости на суицидальное поведение пациентов с аффективными расстройствами.

Материал и методы: на базе отделения аффективных состояний клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ были обследованы 79 пациентов с АР (35 женщин и 44 мужчин). Возраст пациентов женского пола – медиана (МЕ) – 48 [37; 53] лет, мужского пола – 43 [34,5; 50,5] лет. В зависимости от уровня образования пациенты распределились следующим образом: с высшим образованием – 59,5% (n=47), средним специальным образованием – 34,2% (n=27), средним образованием – 6,3% (n=5).

Аффективные расстройства у пациентов изучаемой выборки были представлены БАР, текущим депрессивным эпизодом в 31,7% случаев (n=25), рекуррентным депрессивным расстройством (РДР) – 35,4% (n=28), депрессивным эпизодом (ДЭ) – 22,8% (n=18), дистимией – 10,1% (n=8).

Из основных методов исследования применялись: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический. Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V. 8.0). Для количественных показателей, не отвечающих критериям нормального распределения, вычисляли медиану, интерквартильную широту – МЕ [IQR], статистическую значимость различий между группами определяли по критериям Манна-Уитни. Для оценки частот встречаемости признака использовали хи-квадрат.

Результаты: с целью изучения влияния коморбидной алкогольной зависимости на суицидальное поведение пациентов с АР обследованные пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 37 пациентов с АР и коморбидной алкогольной зависимостью (13 женщин и 24 мужчины) в возрасте 43 лет [35; 51]. Давность алкогольной зависимости у пациентов составила 8 лет [5; 10]. При развитии депрессивной симптоматики пациенты употребляли алкоголь с целью отвлечься от тягостных мрачных мыслей, заглушить чувство тоски, “отключиться” от проблем, улучшить качество сна. В большинстве случаев АР предшество-

вали развитию алкогольной зависимости – в 70,3% случаев (n=26), что согласуется с литературными данными [3]. Ряд авторов указывают, что до манифестации аффективных расстройств, чаще имеет место злоупотребление алкоголем, но не алкогольная зависимость [4].

Группа сравнения состояла из пациентов, страдающих АР без коморбидной алкогольной зависимости, в количестве 42 человек (22 женщины и 20 мужчин) в возрасте 45,5 лет [36; 53]. Сравнимые группы были сопоставимы по полу ($\chi^2=2,3709$, $p=0,12$) и возрасту ($U=701,000$, $Z=0,746679$, $p=0,46$).

Представленность АР в группах отображена в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных сравниваемых групп в зависимости от нозологии аффективного расстройства

Аффективные расстройства	Группа с АР и алкогольной зависимостью (n=37)		Группа с АР без коморбидности с алкогольной зависимостью (n=42)	
	n	%	n	%
БАР	12	32,4	13	31,0
РДР	13	35,2	15	35,7
Дистимия	3	8,1	5	11,9
ДЭ	9	24,3	9	21,4

Нозологическая структура АР в сравниваемых группах не имела статистически значимых различий ($\chi^2=0,367875$, $p=0,97$).

Результаты исследования:

В сравниваемых группах нами была проведена оценка следующих показателей суицидального поведения: присутствие суицидальных мыслей в текущем эпизоде, наличие суицидальных попыток в анамнезе.

У пациентов с АР и коморбидной алкогольной зависимостью в клинической картине суицидальные мысли выявлялись в 64,9% случаев (n=24). Пациенты отмечали, что на фоне абстинентного синдрома нарастали чувство собственной малоценности, никчемности, чувство бесперспективности жизни, суицидальные мысли становились наиболее мучительными, нередко приобретали навязчивый характер. В группе сравнения суицидальные мысли отмечались в 54,8% (n=23). Сравнение групп по наличию в текущем состоянии суицидальных мыслей не имело статистически значимых межгрупповых различий ($p>0,05$).

При анализе анамнестических и катамнестических данных в 27% случаев (n=10) у пациентов с АР и коморбидной алкогольной зависимостью в анамнезе выявлялись суицидальные попытки. С целью лишения себя жизни пациенты исследуемой выборки использовали следующие способы: самоотравление – 30% (n=3), самоповешение – 30%

(n=3), при помощи колющих и режущих предметов – 40% (n=4). У пациентов наряду с тягостными депрессивными переживаниями, значимыми для суицидогенеза, выступали психотравмирующие обстоятельства, зачастую социальные последствия алкоголизации. В таких случаях суицидальная попытка пациентам представлялась единственно возможным вариантом решения возникших проблем. Сравнительный межгрупповой анализ указал на более частую встречаемость суицидальных попыток в анамнезе у пациентов с АР и коморбидной алкогольной зависимостью, по сравнению с пациентами с АР без наличия коморбидной алкогольной зависимости: 27% (n=10) и 9,5% (n=4) соответственно (4,13307, df=1, p=0,042).

Выводы: Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что алкогольная зависимость, присоединяясь к аффективным расстройствам, увеличивает риск суицидального поведения у соответствующих пациентов.

Литература:

1. Bulloch A., Lavorato D., Williams J., Patten S. Alcohol consumption and major depression in the general population: the critical importance of dependence // *Depress Anxiety*. 2012. V. 29, № 12. P. 1058-1064.
2. Crum R.M., Mojtabai R., Lazareck R., et al. Drinking to self-medicate mood symptoms: Association with development of alcohol dependence // *Archives of General Psychiatry // JAMA Psychiatry*. 2013. V. 70, № 7. P. 718-726.
3. Crum R.M., Mojtabai R., Lazareck S., et al. A prospective assessment of reports of drinking to self-medicate mood symptoms with the incidence and persistence of alcohol dependence // *JAMA Psychiatry*. 2013. V. 70, № 7. P. 718-726.
4. Falk D.E., Yi H.Y., Hilton M.E. Age of onset and temporal sequencing of lifetime DSM-IV alcohol use disorders relative to comorbid mood and anxiety disorders // *Drug and Alcohol Dependence*. 2008. V. 94, № 1-3. P. 234-245.
5. Merikangas K.R., Jin R., He J.P., et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative // *Arch Gen Psychiatry*. 2011. V. 68, № 3. P. 241-251.
6. Morin J., Wiktorsson S., Marlow T., et al. Alcohol Use Disorder in Elderly Suicide Attempters: A Comparison Study // *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013. V. 21. P. 196-203.
7. Nabavi B., Mitchell A. J., Nutt D. A Lifetime Prevalence of Comorbidity Between Bipolar Affective Disorder and Anxiety Disorders: A Meta-analysis of 52 Interview-based Studies of Psychiatric Population // *EBioMedicine*. 2015. V. 2, № 10. P. 1405-1419.
8. Oquendo M.A., Currier D., Liu S., et al. Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders // *The Journal of clinical psychiatry*. 2010. V. 71, № 7. P. 902-909.
9. Orui M., Kawakami N., Iwata N., et al. Lifetime prevalence of mental disorders and its relationship to suicidal ideation in a Japanese rural community with high suicide and alcohol consumption rates // *Environ Health Prev Med*. 2011. V. 16. P. 384-389.
10. Rehm J., Allamani A., Aubin H.J., et al. People with alcohol use disorders in specialized care in eight different European countries // *Alcohol Alcohol*. 2015. V. 50, № 3. P. 310-318.

SUICIDAL BEHAVIOR OF PATIENTS WITH COMORBIDITY OF AFFECTIVE DISORDERS AND ALCOHOL DEPENDENCE

S.N. Vasilieva, G.G. Simutkin, E. D. Schastnyy, L.V. Gorshkova, O.V. Roshchina, E.V. Didenko

Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, RAS, Tomsk

In the psychiatric hospital, 79 patients with affective disorders were examined, 37 patients of them had alcohol de-

pendence. During the study, the patients with comorbidity of affective disorders and alcohol dependence were shown to attempt suicide more often in their anamnesis in comparison with patients without comorbid alcohol dependence.

Keywords: affective disorders, alcohol dependence, suicidal behavior

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА «ВЗРОСЛЫХ ДЕТЕЙ АЛКОГОЛИКОВ»

М.А. Байкова, А.В. Меринов

Рязанский государственный медицинский университет, г. Рязань

E-mail: merinovalex@gmail.com

В статье рассматривается суицидальное поведение так называемых «Взрослых Детей Алкоголиков», а также гетерогенность данного медико-социального феномена. Нами убедительно показано нарастание аутоагрессии в женских и мужских подгруппах в зависимости от пола и числа родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью, особенно в подгруппах, в которых оба родителя зависимы от алкоголя. Данная группа лиц представляет собой условно «социально-благополучный» пласт общества, несмотря на выраженную аутоагрессивную «нагрузку», что, безусловно, требует дальнейшего изучения и разработки мер суицидальной превенции.

Ключевые слова: суицидальное поведение, суицид, аутоагрессия, взрослые дети алкоголиков

Суицидальное поведение в России до сих пор остается серьезной медико-социальной проблемой. По данным ВОЗ за 2016 г. количество суицидов в России в среднем составляло 26,5 на 100000 населения, что в 2,5 раза выше, чем в остальном мире. Согласно подсчетам, каждые 12 минут в нашей стране самостоятельно прерывает свою жизнь один человек. Среди причин высокой суицидальности часто называют алкогольную или наркотическую зависимость. Как правило, среди лиц с данными аддиктивными патологиями, в частности с алкогольной зависимостью, выясняется «неблагополучный» наркологический анамнез [1]. Взрослых лиц, выросших в «алкогольных» семьях принято считать безусловно неблагополучными в плане наличия алкогольной зависимости или другой аддиктивной патологии, а также аутоагрессии [5-7]. Данный феномен получил название «Взрослых детей алкоголиков» (ВДА) и представляет собой отдельную группу со своими психосоциальными особенностями [3, 7]. В основном, феномен ВДА изучается зарубежными исследователями, которые в большинстве своем демонстрируют его гетерогенность [2, 4]. Однако данных о причинах этой гетерогенности не приводится. Большинство исследований носят, в основном, разрозненный и констатирующий характер.

Цель: выявление гетерогенности феномена взрослых детей алкоголиков в зависимости от пола и количества родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью, с точки зрения суицидологии.

Материалы и методы: обследовано посредством метода анкетирования 379 человек. Из них 195 респондентов мужского пола (60 – составили контрольную группу, 135 человек – исследуемую), 184 респондентки женского пола (60 – контрольная группа, 124 – исследуемая). Женская и мужская когорты были разделены на подгруппы в зависимости от пола родителя, страдающего алкогольной зависимостью, так же были выделены подгруппы, в которых оба родителя являлись алкогольными аддиктами. Таким образом, мы получили следующие группы, подлежащие дальнейшему исследованию. ДМА – девушки, мать которых страдает алкогольной зависимостью ($n=30$, средний возраст в группе – $20,3\pm 0,25$ г.). ДОА – девушки, отец которых страдает алкогольной зависимостью ($n=60$, средний возраст в группе – $20,8\pm 0,20$ г.). ДМОА – девушки, родители которых страдают алкогольной зависимостью ($n=34$, средний возраст в группе – $20,67\pm 0,27$ г.). ЮМА – юноши, мать которых страдает алкогольной зависимостью ($n=31$, средний возраст в группе составил $21,42\pm 0,40$ г.). ЮОА – юноши, отец которых страдает алкогольной зависимостью ($n=74$, средний возраст в группе составил $21,46\pm 0,22$ года). ЮМОА – юноши, родители которых страдают алкогольной зависимостью ($n=30$, средний возраст в группе – $21,1\pm 0,30$).

В контрольной группе девушек средний возраст составил $20,84\pm 0,06$ года, в контрольной группе юношей – $21,78\pm 0,26$ года. Исследуемая и контрольная группы отличались друг от друга фактом наличия или отсутствия хотя бы одного родителя, страдающего алкогольной зависимостью.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем. Обработка данных и их статистический анализ проводились на базе следующих компьютерных программ: Microsoft Excel 2010 и STATISTICA 7.0. Для обработки параметрических и непараметрических данных использовались t -критерий Стьюдента и критерий χ^2 , а также χ^2 с поправкой Йетса соответственно. Нулевая гипотеза о сходстве двух групп по оцениваемому признаку отвергалась при уровне значимости $p < 0,05$.

Изначальный дизайн исследования подразумевал фронтальное сравнение двух групп, разделенных по гендерной принадлежности: контрольной и исследуемой группы, в которой респондент имел хотя бы одного родителя, страдающего алкогольной зависимостью. В результате такого фронтального исследования мы получили весьма ожидаемые результаты, после чего было решено разде-

лить примальные группы по полу родителя, страдающего алкогольной зависимостью. В последующем мы выделили более дискретные подгруппы, указанные выше, для проведения следующего этапа исследовательской работы.

Результаты:

При проведении фронтального сравнения в общих группах ВДА и соответствующих им контрольных, мы получили ожидаемые результаты: респонденты исследуемой группы являли собой высоко аутоагрессивный пласт популяции. При более дискретном сравнении группы разделились по степени нарастания аутодеструктивности в них в зависимости от количества и пола родительских фигур, страдающих от алкогольной зависимости.

Наиболее наглядно данное разделение можно рассмотреть в женских подгруппах. Так нами было обнаружено, что респондентки ДОА, как и респондентки ДМА по основным классическим аутоагрессивным характеристикам (суицидальные мысли и суицидальные попытки) статистически достоверно не отличаются от контрольной группы. Однако стоит отметить, что 7% ДОА имели суицидальную попытку в анамнезе (в контрольной группе – 5%), 35% - испытывали суицидальные мысли (в контрольной группе – 20%). ДМА же отмечали наличие суицидальных мыслей в сопоставимом с контрольной группой соотношении (23%), в то же время наличие суицидальных попыток было в 2 раза выше (10%), хотя и не достигало статистически достоверной разницы. В отличие от выше указанных групп ДМОА в 24% случаев совершали суицидальные попытки, 65% из них испытывали суицидальные мысли. Эта группа отличается по классическим аутоагрессивным показателям от контрольной группы более чем в 3 раза, что указывает на их крайне высокий аутоагрессивный потенциал. В отношении неклассических аутоагрессивных паттернов поведения и их предикторов в женских группах мы получили следующее: 37% респонденток ДМА отмечали у себя желание обратиться к психиатру, 53% отмечали склонность держать свои переживания в себе. Соответствующие показатели в контрольной группе составили 12% и 32%. 17% ДМА ответили, что выпивают до 200 гр. водки 3-4 раза в месяц (группа контроля – 2%). При этом 20% из них считают, что им необходимо сократить употребление спиртных напитков. Так же 20% испытывают чувство вины, связанное с употреблением алкоголя, 7% испытывают желание принять спиртное на утро после алкогольного эксцесса. В группе контроля соответствующие показатели составили 5%, 3% и 0. Респондентки ДОА в 37% случаев склонны к длительному переживанию одиночества, 78% из них привыкли винить себя в большинстве бед и неудач, 23% - склонны к неоправданному риску. ДМОА в 68% случаев склонны переживать моменты острого одиночества, 71%

испытывают периоды безысходности, 74% сообщили о субъективном ощущении депрессии. 29% из них оценивают себя злоупотребляющими алкоголем, 35% отметили, что употребляют 100 – 200 гр. алкоголя несколько раз в месяц, 32% считают, что им необходимо сократить употребление спиртных напитков, 38% испытывают чувство вины, связанное с употреблением спиртного. 18% ДМОА отметили, что в последние 2 года наносили себе порезы с несуицидальной целью (в группе контроля – 2%), 29% из них склонны к неоправданному риску (8% в группе контроля), 74% отметили у себя склонность к нарушению пищевого поведения (в контрольной группе – 48%). Здесь видно, что происходит линейное нарастание аутоагрессии в ряду ДОА→ДМА→ДМОА.

При сравнении юношеских подгрупп было обнаружено их явное неблагополучие в отношении аутоагрессивных показателей. В группе ЮОА количество суицидальных попыток составило 18%, среди ЮМА – 25%, среди ЮМОА – 37% (в контрольной группе данный показатель составил 5% соответственно). В отношении наличия суицидальных мыслей в анамнезе мы получили следующие результаты: ЮОА думали покончить с собой в 36% случаев, ЮМА – в 28% случаев, ЮМОА – в 73% случаев. Из приведенных данных становится видно, что юношеские группы более аутоагрессивны, чем женские. При сравнении несуицидальных аутоагрессивных паттернов и их предикторов, мы обнаружили, что 16% ЮМА и 37% ЮМОА общались с суицидентом; респонденты ЮОА и ЮМОА в 14% и 27% случаев соответственно подвергались физическому или сексуальному насилию. Респонденты всех групп были склонны наносить себе самопорезы с несуицидальной целью: ЮОА в 24%, ЮМА в 25%, ЮМОА в 47% случаев. При этом все лица юношеских исследуемых групп в большей степени, нежели респондентки женских подгрупп склонны к рискованному поведению, злоупотреблению алкоголем, табакокурением и наркотиками. При этом такого явного линейного нарастания аутоагрессии в мужских подгруппах мы не наблюдаем, однако по степени нарастания суицидального риска они расположились следующим образом: ЮМА→ЮОА→ЮМОА.

Выводы: Таким образом, исследуемые группы гетерогенны в отношении аутоагрессии. Данная гетерогенность зависит от пола и числа родительских фигур, страдающих алкогольной зависимостью. Юношеские группы более аутоагрессивны, чем женские, что, возможно, обусловлено особенностями социально-приемлемого гендерного поведения. Нарастание аутоагрессивного потенциала в женских группах происходит в ряду ДОА→ДМА→ДМОА. Нарастание аутоагрессии в мужских группах происходит в ряду ЮМА→ЮОА→ЮМОА.

Литература:

1. Байкова М.А., Меринов А.В. Влияние алкоголизма родителей на суицидологические и личностно-психологические характеристики потомства // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. 2018. Т. 26, № 4. С. 547-558.
2. Байкова М.А. Взрослые дети злоупотреблявших алкоголем: суицидологические аспекты. Обзор литературы // Девиантология. 2018. Т. 2, № 2. С. 3-12.
3. Байкова М.А., Меринов А.В. Влияние пола детей, воспитанных в семьях больных алкогольной зависимостью, на их суицидологические характеристики // Суицидология. 2019. Т. 10, № 2 (35). С. 42-55.
4. Кибитов А.О. Семейная отягощенность по наркологическим заболеланиям: биологические, генетические и клинические характеристики // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 1. С. 98-104.
5. Меринов А.В., Шустов Д.И. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом // Наркология. 2010. № 9. С. 59-63.
6. Парамонова Ю.А., Небыаев И.Ю., Меринов Н.Л. Распространённость аддиктивной патологии у лиц, воспитанных в семьях лиц, страдающих алкогольной зависимостью // Девиантология. 2019. Т. 3, № 2. С. 13-19.
7. Руженков В.А., Лукьянцева И.С., Руженкова В.В. Аддиктивное поведение студенческой молодежи: систематика, распространённость, клиника и профилактика // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2015. Т. 30, № 10 (207). С. 13-25.

SUICIDOLOGICAL CHARACTERISTICS OF "ADULT CHILDREN OF ALCOHOLICS"

M.A. Baykova, A.V. Merinov

Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Ryazan: merinovalex@gmail.com

Abstract: This article examines the suicidal behavior of the so-called "Adult Children of Alcoholics", as well as the heterogeneity of this medical and social phenomenon. We have convincingly shown an increase in auto-aggression in female and male subgroups depending on gender and the number of parental figures suffering from alcohol dependence, especially in the subgroups in which both parents are alcohol dependent. This group of persons is a conditionally "socially-safe" layer of society, despite the pronounced auto-aggressive "load", which, of course, requires further study and development of measures for suicidal prevention.

Keywords: suicidal behavior, suicide, autoaggression, adult children of alcoholics

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ, АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ И ИХ КОМОРБИДНОСТИ

О.В. Рощина

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, г. Томск

E-mail: roshchinaov@vtomske.ru

Алкогольная зависимость и депрессивные расстройства сопряжены с высоким риском аутоагрессивного и суицидального поведения как проявлением аффективной, личностной патологии и социальной дезадаптации больного. В патогенезе этих расстройств выявля-

на общность основных нейрхимических механизмов, что создает предпосылки к их коморбидному течению. Ввиду полиморфизма и маскированности симптоматики, это сочетание часто остается недиагностированным, в результате чего снижается эффективность терапии, увеличивая экономические затраты на лечение, риск суицидального поведения. В проведенном исследовании 180 пациентов клиник НИИ психического здоровья ТНИМЦ, с алкоголизмом, аффективными расстройствами и их сочетанием, показан более высокий уровень суицидальной активности у пациентов с коморбидностью по сравнению с пациентами с “чистыми” формами расстройств ($p=0,05$, критерий хи-квадрат).

Ключевые слова: аффективные расстройства, алкогольная зависимость, коморбидность, аутоагрессивное поведение

Современные отечественные и зарубежные исследования демонстрируют высокую частоту сосуществования расстройств настроения и расстройств, связанных с употреблением алкоголя [3, 7]. Некоторые исследователи представляют аддиктивное поведение как поведенческий компонент аффективной патологии с аутоагрессивными проявлениями [2]. Исследование коморбидности представляет значительный интерес ввиду того, сосуществование двух расстройств ведет не только к увеличению числа регоспитализаций и повышению экономических затрат на лечение, но и к росту уровня преступности, смертности и суицидального поведения [5, 6, 8]. В течение жизни до 75% пациентов с коморбидностью алкогольной зависимости и расстройств настроения, совершают попытку суицида [1]. У 38,0% всех суицидентов выявляется алкогольное опьянение тяжелой степени, а среди парасуицидентов, предпринявших попытку в состоянии опьянения, у 70,3% обнаруживаются признаки АЗ [4].

Целью настоящего исследования является изучение частоты аутоагрессивных тенденций у пациентов с алкоголизмом, аффективными расстройствами и при их коморбидности.

Материалы и методы: Проведено структурированное клиническое интервью 180 пациентов отделений аффективных и аддиктивных состояний клиник НИИ психического здоровья ТНИМЦ, получающих лечение по поводу аффективных расстройств ($n=60$), алкогольной зависимости ($n=60$) или их сочетания ($n=60$). Статистический анализ полученных данных производился с использованием пакета стандартных программ SPSS (V.23.0).

Результаты: Пациенты с коморбидным течением алкогольной зависимости и аффективной патологии достоверно чаще ($p=0,05$, критерий хи-квадрат) отмечали суицидальные тенденции (мысли, планы, действия, попытки) в течение последних 10 лет: 40% ($n=24$) пациентов с коморбидностью, 35% ($n=21$) с “чистыми” аффективными расстройствами и лишь 6,7% ($n=4$) пациентов с “чистой”

алкогольной зависимостью. При этом, у пациентов с коморбидным диагнозом в 62,5% ($n=15$) случаев суицидальные тенденции проявлялись в состоянии алкогольного опьянения, а в случае “чистых” аффективных расстройств не были связаны с алкоголем у 95% ($n=20$) суицидентов. Примечательно, что пациенты с “двойным диагнозом” достоверно чаще ($p=0,05$, критерий хи-квадрат) совершали активные суицидальные попытки (11,7% ($n=7$)), чем пациенты других групп (1,7% ($n=1$) при расстройствах настроения, 0% при алкогольной зависимости).

Пациентам, страдающим алкогольной зависимостью дополнительно было предложено оценить свое поведение в состоянии опьянения. Достоверных межгрупповых различий выявлено не было ($p=0,4$, критерий хи-квадрат): 85% ($n=51$) пациентов с “чистым” алкоголизмом и 76,7% ($n=46$) пациентов с коморбидностью оценили свое поведение как “упорядоченное”, “адекватное”. Среди пациентов с коморбидностью, 21,7% ($n=13$) отмечали в состоянии опьянения агрессивные тенденции: раздражительность, конфликтность, а 1,7% ($n=1$) - аутоагрессивные. Среди пациентов с “чистым” синдромом зависимости агрессия в состоянии опьянения имела место у 11,7% ($n=7$) случаев, а аутоагрессивные тенденции отмечены в 3,3% ($n=2$) наблюдений.

Выводы: В проведенном исследовании продемонстрировано, что пациенты с коморбидным течением алкоголизма и расстройств настроения демонстрируют относительно более высокий уровень агрессии, как ауто-, так и направленной на окружающих. При этом агрессивность пациентов этой группы чаще находит отражение в поведенческих актах, по сравнению с пациентами с “чистыми” формами нозологии.

Литература:

1. Иванец Н.Н., Лавриненко О.В., Максимова Т.Н. Клинические особенности депрессивных расстройств, осложненных злоупотреблением алкоголем // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26, № 2. С. 55-59.
2. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. 2001.
3. Сайков Д. В., Сосин И. К. Алкогольная депрессия. 2004.
4. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М.: Когито-Центр, 2004.
5. Baillargeon J., Penn J.V., Knight K. et al. Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders // Adm. Policy Ment. Health. 2010. V. 37, № 4. P. 367-374.
6. Elbogen E.B., Johnson S.C. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // Arch. Gen. Psychiatry. 2009. V. 66, № 2. P. 152-161.
7. Hoertel N., Limosin F., Leleu H. Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: results from the French National Health Insurance Reimbursement Database // European psychiatry. 2014. T. 29, № 6. C. 358-364.
8. Rush B., Koegl C.J. Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system // Can. J. Psychiatry. 2008. V. 53, № 12. P. 810-821.

AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOUR WITH PATIENTS SUFFERING FROM ALCOHOL USE DISORDERS, MOOD DISORDERS AND THEIR COMORBIDITY

O.V. Roshchina

Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center

Alcohol use disorders and mood disorders are associated with a high risk of autoaggressive and suicidal behavior as a manifestation of affective, personality pathology and social maladjustment of the patient. In the pathogenesis of these disorders, the commonality of the main neurochemical mechanisms was revealed, which creates the prerequisites for their comorbid course. This co-occurring often remains undiagnosed, because of polymorphism and masking of symptoms. As a result the effectiveness of treatment decreases, increasing the economic costs of treatment, and the risk of suicidal behavior. In this study of 180 patients with alcohol use disorder, mood disorders and their comorbidity, a higher level of suicidal activity was shown in a group of patients with comorbidity compared with a patient with "pure" forms of disorders ($p=0.05$, chi-square test).

Keywords: alcohol use disorder, mood disorder, comorbidity, autoaggressive behavior

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФ №19-15-00023 «Клинические особенности и поиск потенциальных биомаркеров коморбидности алкоголизма и аффективных расстройств».

СВЯЗЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИЕЙ ИХ РОДИТЕЛЕЙ

А.В. Лукашук, А.В. Меринов

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань

В работе особое внимание уделено рассмотрению внутрисемейного фона как причинного фактора закрепления аутоагрессивных паттернов у детей и подростков. Результаты исследования показывают, что в семьях, где родители обладают высоким уровнем аутоагрессии, подростки чаще проявляют суицидальное поведение.

Ключевые слова: подростковый суицид, аутоагрессия, самоубийство.

Для решения вопроса снижения суицидальной активности в современном обществе активно ве-

дется целенаправленная работа, но, несмотря на это, показатели смертности от суицидов остаются достаточно высокими. По данным ВОЗ, ежедневно 2300 человек совершают суицид (1000 из них – подростки), а ежегодно погибает около миллиона человек [1]. Каждые 40 секунд в мире погибает человек, совершивший суицид [2, 3].

Суицид, как явление, коснулся не только зрелого население, но и лиц молодого возраста, детей и подростков, причем именно молодые люди чаще совершают попытки суицида [4, 5, 6]. Максимальное количество суицидальных попыток приходится на возраст от 16 до 24 лет.

Наиболее малоизученной, но, очень важной составляющей подросткового суицида, является внутрисемейная атмосфера [7-10]. Большинство авторов, изучающих проблему детско-подросткового суицида, отмечали высокую ее значимость и в генезе, и в превенции суицида. Но все имеющиеся сведения в основном несут констатирующий характер и не претендуют на создание единой концепции. Все эти данные представляют огромный интерес, но в основной массе являются лишь объективными наблюдениями, без претензии на понимание глубинных особенностей функционирования изучаемых семей.

Цель исследования: сравнительный анализ профилей суицидальной, несуйцидальной аутоагрессии и ее предикторов в семьях, где дети (девочки подросткового возраста) совершили и, соответственно, не совершили суицидальную попытку.

Материалы и методы.

Для решения поставленных задач были обследованы 31 семейная пара, в которых девушки-подростки совершили попытку суицида и 60 семей, где дети не проявляли суицидальной активности. Исследование одобрено ЛЭК. С каждого из родителей получено информированное согласие на участие в исследовании.

Средний возраст в экспериментальной группе составил $41,3 \pm 5,6$ лет, семейный стаж $18,87 \pm 3,03$. Средний возраст в контрольной группе составил $39,7 \pm 2,5$ лет, семейный стаж $17,7 \pm 1,9$. Средний возраст девушек $15,93 \pm 1,22$ лет в экспериментальной группе, и $15,91 \pm 1,24$ года в контрольной.

Поскольку в исследовании принимали участие только полные семьи, мы использовали уровень общей семейной аутоагрессии, без учета гендерных признаков.

Таблица 1

Классические суицидальные паттерны в п (%)

Признак	Родители подростков, совершивших суицидальную попытку, n=62	Родители подростков, не совершивших суицидальных попыток, n=120	φ эмп.	p<
Попытка суицида в анамнезе	13 (20,96%)	5 (4,16%)	3,465	0,01
Мысли о суициде	17 (27,41%)	5 (4,16%)	4,436	0,01

Несуицидальные аутоагрессивные паттерны в п (%)

Признак	Родители подростков, совершивших суицидальную попытку, n=62	Родители подростков, не совершивших суицидальных попыток, n=120	φ эмп.	p<
Наличие соматических заболеваний	45 (72,58%)	21 (17,5%)	7,511	0,01
Переломы костей в анамнезе	16 (25,81%)	13 (10,83%)	2,531	0,01
Злоупотребление алкоголем	19 (30,64%)	5 (4,16%)	4,884	0,01
Опасные хобби, увлечения, наклонности	13 (10,83%)	0	4,283	0,01
Физическое или сексуальное насилие в анамнезе	16 (25,81%)	4 (3,33%)	4,481	0,01
Самоповреждения в анамнезе	16 (25,81%)	10 (8,33%)	3,081	0,01
Склонность к неоправданному риску	22 (35,48%)	12 (10%)	4,027	0,01
Обворовывание в анамнезе	27 (43,54%)	10 (8,33%)	5,472	0,01
Бытовые ожоги	23 (37,09%)	1 (0,83%)	7,192	0,01
Наличие судимости	11 (17,74%)	4 (3,33%)	3,215	0,01

В качестве диагностического инструмента, использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем [10].

Перейдем к анализу представленности несуйцидальных аутоагрессивных феноменов.

Статистический анализ и обработку данных, проводили посредством непараметрических метода математической статистики (с использованием критерия Фишера). Статистически значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение.

В таблице 1 отражено наличие в исследуемой группе классических суицидальных паттернов.

Отметим, что в экспериментальной группе достоверно выше значения классических суицидальных типов реагирования (суицидальные попытки и мысли в анамнезе).

В изучаемой нами группе, широко представлены несуйцидальные аутоагрессивные паттерны поведения (травматическая патология, склонность к неоправданному риску, приём алкоголя, антисоциальное поведение и др.), что делает исследуемую группу родителей, по сути, выражено полипотентно аутоагрессивной. Данные двух первых таблиц позволяют предположить наличие формирования у детей, воспитанных в подобных семьях, крайне негативного сценарного и бихевиорального компонентов формирования собственного суицидального реагирования, что, собственно, и явилось группообразующим фактором.

Так же обращает на себя внимание достоверное преобладание в экспериментальной группе важнейших в суицидологической практике предикторов саморазрушающего поведения, таких как безысходность, навязчивое чувство стыда, отсутствие смысла жизни, одиночество и депрессивные переживания. Респонденты первой группы достоверно чаще подвергались физическому наказанию со стороны своих родителей.

Все это позволяет охарактеризовать рассматриваемую группу как срез популяции, имеющий значительное количество стигм аутодеструкции и обладающий выраженным аутоагрессивным потенциалом. Достоверно чаще в экспериментальной группе преобладают классические суицидальные паттерны (например, попытки самоубийства, мысли о самоубийстве), несуйцидальные формы аутодеструкции (рискованное и жертвенное поведение, соматическая, травматическая патология, прием алкоголя). Кроме того, исследуемая группа отличается широкой представленностью предикторов аутоагрессивного поведения.

Выводы. Таким образом, у родителей в семьях, где ребенок совершил суицидальную попытку, присутствуют яркие специфические суицидологические особенности. У них достоверно чаще обнаруживается собственная суицидальная активность в мыслях и поведении, отмечается высокий уровень представленности несуйцидальных аутоагрессивных паттернов и предикторов саморазрушающего поведения. То есть, можно с уверенностью предположить, что низкая собственная аутоагрессивность родителей является залогом низких аналогичных показателей у их детей женского пола.

Учитывая особенности внутрисемейного фона подростков, можно индивидуализировать и повысить эффективность психотерапевтических подходов к превенции, лечению и реабилитации суицидального поведения.

Литература:

1. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр. 2005. 376 с.
2. Всемирная организация здравоохранения (WHO) Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. // Психическое здоровье: новое понимание, новые надежды. 2001. 215 с.
3. Murthy R.S. The World health report 2001: Mental health: New understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001. 186 p.
4. Spicer R., Miller T. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method // Am. J. Public Health. 2000. V. 90. P. 85-91.

5. Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А., Летова А.В. и др. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Суицидология. 2015. Т. 6. № 4 (21). С. 21-33.
6. Положий Б.С. Суициды среди несовершеннолетних (эпидемиологический аспект) // Суицидология. 2019. Т. 10, № 1. С. 21-26. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-21-26
7. Лукашук А.В., Филиппова М.Д., Сомкина О.Ю. Характеристика детских и подростковых суицидов // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2016. № 2. С. 137-143.
8. Лукашук А.В., Меринов А.В. Самоповреждения у подростков: подходы к терапии // Наука молодых - Eruditio Juvenium. 2016. № 2. С. 67-71.
9. Меринов А.В., Лукашук А.В. Особенности детей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью [Электронный ресурс] // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. 2014. № 4 (7). Режим доступа: <http://humjournal.rzgm.ru/art&id=109>.
10. Меринов А.В., Шитов Е.А., Лукашук А.В., Сомкина О.Ю. Аутоагрессивная характеристика женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкоголизмом // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2015. № 4. С. 81-87.
11. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. М., 2000. 20 с.

PARENTAL AUTOAGGRESSION: THE LINK WITH SUICIDAL ACTIVITY OF THEIR POSTERITY

A. V. Lukashuk, A. V. Merinov

Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Ryazan, Russia

At the moment there are many approaches that attempt to explain the true causes of suicides in children and adolescents. The authors paid special attention to the consideration of family background as a causal factor in the consolidation of self-injurious patterns in children and adolescents. The results of their study show that in families where parents have a high level of self-aggression, adolescents are more likely to exhibit suicidal behavior.

Keywords: teen suicide, autoaggression, suicide

ПЕРФЕКЦИОНИЗМ И ДЕПРЕССИЯ КАК ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

*А.В. Голенков, В.А. Филоненко,
А.И. Сергеева, А.В. Филоненко*

Чувашский государственный университет
им. И.Н. Ульянова, г. Чебоксары, Россия

Повышенный риск суицидальных мыслей медицинских работников начинается в студенчестве. Суицидальные идеи студентов-медиков вызывают серьезную озабоченность. Будущие исследования должны быть сосредоточены на разработке профилактических и лечебных программах, нацеленных на выявление факторов, связанных с суицидальными мыслями у студентов медицинских специальностей и их профилактики.

Ключевые слова: студент-медик; перфекционизм; депрессия; самоубийство

Повышенный риск суицидальных мыслей медицинских работников начинается в студенчестве. Суицидальные идеи студентов-медиков вызывают серьезную озабоченность. Согласно метаанализу 2016 года, распространенность суицидальных мыслей среди студентов-медиков составила 24% [1]. Психическая грамотность лиц, занимающихся общей и психологической помощью пациентам, может в значительной степени способствовать предотвращению самоубийств будущих врачей. Актуальны исследования, сосредоточенные на профилактических и лечебных программах, нацеленных на выявленные факторы, связанные с суицидальными мыслями у студентов медицинских специальностей.

Цель обзора в обобщении предикторов суицидального поведения студентов медиков, представленных в зарубежных публикациях. Результаты обзора показывают, что суицидальные идеи в студенчестве обусловлены психологическими проблемами, сопровождающими их во время обучения. Наиболее значимые из них – это перфекционизм и депрессивные состояния. Самоубийство среди студентов-медиков должно быть стимулом для дальнейшего изучения явления. Необходима стратегия более точного определения распространенности, факторов риска и последствий самоубийств студентов-медиков в России.

Суицид и перфекционизм

Перфекционизм – это стремление к безупречности при высоком уровне притязаний. Т.К. Hamilton и соавт. [7] оценили взаимосвязь между аспектами перфекционизма и идеями самоубийства среди студентов высших учебных заведений в Австралии. В исследование участвовали 405 студентов, заполнивших Общий вопросник здоровья (General Health Questionnaire GHQ-28), который включал вопросы, которые можно использовать для оценки мыслей о самоубийстве, и Многомерную шкалу перфекционизма (Multidimensional Perfectionism Scale).

Результаты показали, что наличие мысли о самоубийстве связано с более высокими показателями общего перфекционизма. Баллы, отражающие высокий уровень перфекционизма, указывают на повышенную уязвимость к суицидальным идеям. Контроль уровня перфекционизма в процессе обучения необходим для лучшего понимания взаимосвязь между личностью и темпераментом, факторами окружающей среды и само разрушительным поведением.

В метаанализе М.М. Smith и соавт. [12] с использованием моделей случайных эффектов, выявлены позитивные ассоциации перфекционистских проблем (социально предписанный перфекционизм, озабоченность ошибками, сомнения в действиях, несоответствие, перфекционистские установки), перфекционистских стремлений (само ориентированный перфекционизм, личные стандарты),

родительской критики и ожиданий с суицидальными идеями молодого человека. Социально предписанный перфекционизм предсказывает продольное увеличение мысли о самоубийстве. Авторы полагают, что само генерирующееся и социально обоснованное давление являются частью преморбидной личности людей, склонных к идеям и попыткам самоубийства. Ассоциация перфекционистских стремлений с идеями самоубийства также ставит под вопрос представление о том, такие стремления полезны, адаптивны или целесообразны.

R. Sato и соавт. [10] сообщают о недостаточной психической грамотности студентов в отношении суицидального поведения. В Японии один из самых высоких показателей самоубийств в мире. Количество самоубийств в 1998 г. составило 32863, а в каждый последующий год – более 30000. Авторы провели анкетирование оценки знаний и отношения к самоубийству учащихся первого, третьего и пятого курсов обучения в медицинской школе. Количество участников составило 160 человек (94 мужчины со средним возрастом 21,8 года и 66 женщин со средним возрастом 21,2 года); 59 человек первого курса, 52 – третьего года обучения и 49 на пятом курсе. Анкета содержала вопросы с несколькими вариантами ответов, контролирующими знания о самоубийстве. В области психической грамотности, только на половину вопросов были даны правильные ответы (средний балл – 4,21). Более информированные, психически грамотные врачи и работники здравоохранения могут внести весомый вклад в профилактику суицидального поведения студентов.

J.H. Yu и соавт. [14] изучена взаимосвязь между академической само эффективностью, социально предписанным перфекционизмом и академическим выгоранием у студентов медицинских вузов, а также определено, играет ли академическая само эффективность посредническую роль в отношениях между перфекционизмом и академическим выгоранием. В исследовании приняли участие 244 первокурсников и обучающихся второго и четвертого курсов. В качестве инструментов использовались шкалы социально предписанного перфекционизма, академической само эффективности и академического выгорания. Проведен корреляционный, множественный регрессионный и иерархический множественный регрессионный анализ.

Академическое выгорание коррелировало с социально предписанным перфекционизмом. Выявлена отрицательная корреляция с академической самоэффективностью. Социально предписанный перфекционизм и академическая самоэффективность имели 54% объяснительной силы для академического выгорания. Когда социально предписанный перфекционизм и академическая самоэффективность одновременно использовались в качестве входных данных, академическая самоэффе-

ktivность частично опосредовала взаимосвязь между социально предписанным перфекционизмом и академическим истощением.

Социально предписанный перфекционизм отрицательно сказывается на академической самоэффективности, вызывая академическое истощение. Это говорит о том, что необходимо проводить образовательные и консультативные мероприятия для повышения академической само эффективности за счет облегчения академического выгорания студентов медицинских вузов.

H. Seeliger и соавт. [11] оценили выраженность перфекционизма у вновь поступивших студентов-медиков. Высокий уровень перфекционизма связан с симптомами дистресса. Зачисленные 358 студенты заполнили опросники: многомерную шкалу перфекционизма (MPS-H), многомерную шкалу перфекционизма (MPS-F), общую шкалу само эффективности (GSE), анкету здоровья пациента (PHQ-9) и генерализованного тревожного расстройства (GAD-7). Социально-демографические данные, такие как возраст, пол, высшее образование и способ поступления в медицинскую школу, также были включены. Студенты показали высокий балл адаптивного перфекционизма. Неадаптивный перфекционизм явился самым сильным предиктором возникновения симптомов депрессии и тревоги независимо от бюджетного либо контрактного способа поступления. Напрашивается вывод, что обучающиеся, начиная с первого курса должны находиться под наблюдением для оценки успеваемости и вариабельности перфекционизма.

В работе M.W. Enns и соавт. [4] представлено, что личность студентов-медиков может оказывать значительное влияние как на их успеваемость, так и на эмоциональную адаптацию во время обучения. Авторы сравнили профиль перфекционизма студентов-медиков с группой студентов факультета общеобразовательных искусств и взаимосвязь между перфекционизмом, симптомами дистресса, академическими ожиданиями и удовлетворенностью учебной. Студенты медицинского (n=96) и студенты факультета искусств (n=289) прошли базовую оценку, включающую многомерные шкалы перфекционизма. Студенты-медики также выполнили оценку симптомов дистресса, личности (невротизм, сознательность) и вопросов восприимчивости их успеваемости.

По сравнению со студентами, изучающими искусство, профиль перфекционизма у студентов-медиков показал более высокие личные стандарты, меньше сомнений в действиях и более низкие показатели дезадаптивного перфекционизма (уровень притязаний не соответствует потенциалу). У студентов-медиков адаптивный перфекционизм (стремление к достижениям) был в значительной степени коррелирован с базовыми академическими ожиданиями успеваемости и добросовестностью и

предсказывал неудовлетворенность успеваемостью. Неадаптивный перфекционизм (чрезмерная оценка) был значительно коррелирован с исходными симптомами дистресса и невротизмом и был прогностическим симптомом депрессии и безнадежности. Перфекционизм у студентов-медиков отличается от перфекционизма студентов других специальностей. Различение адаптивных и неадаптивных аспектов перфекционизма важно для понимания поперечного и продольного значения перфекционизма для студентов-медиков.

Суицид и депрессия.

Медицинские работники на всех этапах своей карьеры имеют более высокий уровень депрессии, чем население в целом. Распространенность депрессии составляет 27% у студентов-медиков, 29% у врачей-ординаторов и до 60% у практикующих врачей [2].

C.D. Saddler и соавт. [9] пришли к заключению, что депрессия у студентов университетов связана с многочисленными проблемными исходами. Одномерный перфекционизм и академическая прокрастинация независимо друг от друга связаны с депрессией и друг с другом и важны для выявления депрессии этих лиц.

Студенты-медики испытывают высокий уровень психологического стресса и более низкое качество психической жизни, чем их сверстники. Недавний метаанализ R. Zivanovic и соавт. показал [15], что совокупная распространенность депрессии или депрессивных симптомов и суицидальных мыслей составляет 27,2% и 11,1% соответственно. Сообщаемая распространенность попытки самоубийства колеблется от 0 до 6,4% студентов - медиков. Было обнаружено, что частота клинически диагностированной депрессии и попытки самоубийства выше, чем старше курс обучаемого – от 3 до 10% и от 0,7 до 2%, соответственно. Выгорание является предиктором суицидальных мыслей. 50% американских студентов-медиков испытывают выгорание во время обучения. Реабилитация после выгорания связана со снижением количества суицидальных мыслей, независимо от симптомов депрессии.

Необходимы исследования, которые могут разработать стратегии вмешательства, направленные на снижение стигматизации самоубийств среди студентов-медиков [8].

Самоубийство является одной из основных причин смерти среди студентов-медиков, уступая лишь автомобильным авариям. A.R. Torres и соавт. [13] исследовали распространенность и предикторы суицидальных мыслей среди студентов-медиков Бразилии. В кросс-секционном исследовании участвовало 475 студентов-медиков государственного университета. Протокол исследования включал данные социальной демографии и академической жизни, а также структурированные инструменты для оценки социальной поддержки и психо-

патологических симптомов, включая Шкалу депрессии Бека (Beck Depression Inventory – BDI). Результаты оценены с помощью пункта самоубийства шкалы BDI. Проведены бивариантный анализ и логистическая регрессия. Суицидальная склонность присутствовала у 34 участников (7,2%). В логистической регрессии суицидальное намерение оставалось связанным с одиночеством, мыслями об отказе от обучения, умеренными или тяжелыми депрессивными симптомами и вероятным обсессивно-компульсивным расстройством.

Очевидно, что суицидальные намерения среди студентов-медиков встречаются часто и могут быть идентифицированы с помощью скринингового опроса. Особое внимание рекомендуем уделять студентам, живущим в одиночестве, с мыслями об отказе от учебы и соответствующими депрессивными или обсессивно-компульсивными симптомами.

Исследования R. Coentre и C. Góis [3] показали, что суицидальные идеи преобладают у студентов-медиков. Последствия суицидальных мыслей включают попытки самоубийства и завершённое самоубийство. Авторами рассматриваются суицидальные идеи 13244 студентов-медиков из 13 западных и восточных стран. Результатами представлено, что распространенность суицидальных мыслей колеблется от 1,8 до 53,6%. Наиболее частыми факторами, связанными с суицидальными мыслями у студентов-медиков, были депрессия и депрессивные симптомы, предыдущий диагноз психического расстройства, более низкий социально-экономический статус, финансовые трудности, наличие в анамнезе употребления наркотиков и чувство пренебрежения со стороны родителей [5, 6].

Заключение. Таким образом, будущие исследования должны быть сосредоточены на разработке профилактических и лечебных программах, нацеленных на выявление факторов, связанных с суицидальными мыслями у студентов медицинских специальностей и их профилактики.

Литература:

1. Albuquerque J., Tulk S. Physician suicide // CMAJ. 2019. V. 191, № 18. P. 505. DOI: 10.1503/cmaj.181687
2. Bailey E., Robinson J., McGorry P. Depression and suicide among medical practitioners in Australia. Intern Med J. 2018; 48(3): 254-258. doi: 10.1111/imj.13717.
3. Coentre R., Góis C. Suicidal ideation in medical students: recent insights // Adv Med Educ Pract. 2018. № 9. P. 873-880.
4. Enns M.W., Cox B.J., Sareen J., Freeman P. Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation // Med Educ. 2001. V. 35, № 11. P. 1034-1042.
5. Filonenko A.V., Filonenko V.A., Golenkov A.V. The importance of factor loadings of puerperae with postpartum depression for newborns with hypoxic ischemic encephalopathy in comprehensive rehabilitation: a randomized controlled trial // Transylvanian review. 2017. V. 25, № 18. P. 4796-4799.
6. Filonenko A.V., Vasilenko A.M., Frolkov V.K., Filonenko V.A. Acupuncture and metaphorical suggestion in struggle with postpartum depression: a randomized controlled trial // Transylvanian Review. 2017. V. 25, № 20. P. 5796-5799.
7. Hamilton T.K., Schweitzer R.D. The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students // Aust N Z J Psychiatry. 2000. V. 34, № 5. P. 829-835.

8. Rivera-Segarra E., Rosario-Hernández E., Carminelli-Corretjer P., et al. Suicide stigma among medical students in Puerto Rico // *Int J Environ Res Public Health*. 2018. V. 15, № 7. P. 1366.
9. Saddler C.D., Sacks L.A. Multidimensional perfectionism, and academic procrastination: relationships with depression in university students // *Psychol Rep*. 1993. V. 73, № 3-1. P. 863-871.
10. Sato R., Kawanishi C., Yamada T., et al. Knowledge, and attitude towards suicide among medical students in Japan: preliminary study // *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006. V. 60, № 5. P. 558-562.
11. Seeliger H., Harendza S. Is perfect good? – Dimensions of perfectionism in newly admitted medical students // *BMC Med Educ*. 2017. V. 17, № 1. P. 206. DOI: 10.1186/s12909-017-1034-9
12. Smith M.M., Sherry S.B., Chen S., et al. The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism-suicide relationship // *J Pers*. 2018. V. 86, № 3. P. 522-542.
13. Torres A.R., Campos L.M., Lima M.C.P., Ramos-Cerqueira A.T.A. Suicidal ideation among medical students: prevalence and predictors // *J Nerv Ment Dis*. 2018. V. 206, № 3. P. 160-168.
14. Yu J.H., Chae S.J., Chang K.H. The relationship among self-efficacy, perfectionism, and academic burnout in medical school students // *Korean J Med Educ*. 2016. V. 28, № 1. P. 49-55.
15. Zivanovic R., McMillan J., Lovato C., Roston C. Death by suicide among Canadian medical students: a national survey-based study // *Can J Psychiatry*. 2018. V. 63, № 3. P. 178-181.

PERFECTIONISM AND DEPRESSION AS RISK FACTORS OF SUICIDE IN MEDICAL STUDENTS

*A.V. Golenkov, V.A. Filonenko,
A.I. Sergeeva, A.V. Filonenko*

I.N. Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

The increased risk of suicidal ideation among healthcare professionals begins in college students. The suicidal ideation of medical students is of great concern. Future research should focus on developing preventive and curative programs aimed at identifying and preventing factors associated with suicidal thoughts in medical students.

Keywords: medical student, perfectionism, depression, suicide

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И САМОИЗОЛЯЦИИ

Г.С. Корытова

Томский государственный педагогический университет, г. Томск

E-mail: gkorytova@yandex.ru

Результаты проводимых в мире исследований свидетельствуют о наличии неблагоприятных последствий ситуации пандемии COVID-19 для психологического и психического здоровья населения. Самоизоляция и дистанционное обучения негативно сказались на психическом здоровье российских школьников. Косвенные и скрытые последствия карантинных мероприятий во время пандемии COVID-19 для психики детей и подростков будут иметь в последствии длительный эффект, в том числе в виде саморазрушающего поведения.

Ключевые слова: аутоагрессия, саморазрушающее поведение, пандемия, коронавирусная инфекция

Совсем недавно, буквально несколько месяцев назад, практически одновременно в разных странах были реализованы скрининговые исследования, результаты которых свидетельствуют о наличии существенных неблагоприятных последствий ситуации пандемии COVID-19 для психологического и психического здоровья населения. В Научном медицинском исследовательском центре здоровья детей Министерства здравоохранения РФ чуть ранее сообщили, что самоизоляция и дистанционное обучения сказались на психическом здоровье 83,8% российских школьников. По данным исследования, на депрессию пожаловались примерно 40% учеников, больше половины опрошенных отметили, что испытывают проблемы со сном. Отмечается, что более 50% учащихся негативно отреагировали на режим самоизоляции. Последствия этого еще предстоит тщательно изучить, проанализировать и осознать, однако уже в настоящее время вполне очевидно, что для их понимания недостаточны массовые опросы с использованием стандартных психологических инструментов – тестов и опросников. Авторы проведенных исследований подчеркивают необходимость учета и качественного анализа всей полноты стрессовых воздействий в ситуации пандемии (виртуальной угрозы и информационного стресса, депривации, социально-экономического стресса) и предполагают дальнейший рост распространенности стресс-ассоциированных психических и соматических заболеваний [1]. Объявленная 11 марта 2020 г. ВОЗ пандемия коронавирусной инфекции стала крэш-тестом (англ. crash test – «испытание на безопасность, выносливость и живучесть») не только для экономики, бизнеса, здравоохранения, образования и науки большинства стран мира. Вполне очевидно, что пандемия оказалась серьезным массовым испытанием для психики людей, прежде всего, для еще неокрепшей психики детей и подростков, и молодежи в целом [2, 3]. И хотя прямое воздействие нового коронавируса COVID-19 на подрастающее поколение кажется менее серьезным, чем на взрослых, но достаточно очевидно, что косвенные и скрытые последствия карантинных мероприятий во время пандемии для психики детей и подростков будут иметь в последствии длительный эффект, в том числе в виде посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), депрессивных состояний и саморазрушающего поведения [5].

Активно проводимые сегодня во всем мире исследования и опросы показывают, что глобальный новостной поток, вызванный пандемией коронавирусной инфекции, режим ограничений и неопределенность, в первую очередь финансовая, провоцируют развитие психических расстройств и личностных проблем среди разных категорий населения, в том числе, у детей и обучающихся разных возрастов. Согласно недавнему докладу, подготов-

ленному совместно ВОЗ, Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) и ЮНЕСКО, в связи с карантинными мероприятиями возможности ходить на учебные занятия в образовательные учреждения во всем мире лишились более полутора миллиардов обучающихся. Зачастую имеющая место быть стесненность в квартире, длительные ограничения на передвижения вне дома, отсутствие возможности отдыха на природе и активных занятий спортом, а также высоко вероятная потеря семейного дохода – это и многое другое стало причиной стресса и тревоги у родителей многих школьников. Взрослые в подобных условиях зачастую неадекватно и агрессивно реагируют на непослушание и шалости своих детей, практически круглосуточно находящихся во время карантинных ограничений в семейном кругу. Закономерным следствием таковых условий жизнедеятельности пандемии COVID-19 стал отмечаемый многими исследователями всплеск аутоагрессивного (саморазрушающего) поведения в обществе, в том числе, среди детей и подростков – обучающихся среднего звена российских общеобразовательных учреждений (школ, гимназий, лицеев, образовательных центров и др.) [4].

Как известно, после разрушительных наводнений, землетрясений и ураганов значительная часть пострадавшего населения сталкивается с серьезными психологическими проблемами. Среди них пальму первенства держат аффективные и тревожные расстройства, ПТСР и даже суициды в форме аутоагрессивного поведения. «Можно предположить, что как минимум у 10% людей, пострадавших от коронавируса, возникнут психические расстройства», – пишет клинический психолог, профессор Университета Британской Колумбии, автор книги «Психология пандемий» Стивен Тэйлор [6]. О возможных психических последствиях пандемии COVID-19 можно и нужно говорить уже сейчас. И в самое ближайшее время они затронут не только людей, которые заболели сами или пережили болезнь и смерть близких. Заведующая Центром комплексных исследований социальной политики НИУ ВШЭ О.В. Синявская отмечает, что первые исследования, проведенные в феврале 2020 г. в разгар эпидемии в многомиллионном китайском городе Ухане (провинция Хубэй) – первоначальном очаге COVID-19, наглядно продемонстрировали, что эпидемия коронавируса и связанные с ней карантинные меры привели к росту семейных разводов, а также частым беспокойствам, расстройствам сна, депрессивным симптомам, самоповреждающему поведению во всех группах населения [8].

В ходе исследования, в котором приняли участие 7000 взрослых из США и Канады, вышеупомянутый психолог Стивен Тэйлор впервые ввел в научный обиход новый термин «синдром COVID-стресса» («COVID stress syndrome»). Согласно полученным в этом исследовании эмпирическим

данным, в настоящее время данный синдром проявился уже у 25% испытуемых. «Эти люди сталкиваются с сильными страхами подхватить инфекцию. Они беспокоятся по поводу социальных и экономических последствий COVID-19. Им снятся кошмары, связанные с коронавирусом. Они постоянно мониторят в интернете новости на эту тему, что еще сильнее усиливает их тревожность», – рассказывает ученый. Длительное пребывание в замкнутом пространстве само по себе небезопасно для психики. Даже несколько недель изоляции могут стать причиной продолжительной тревожности и развития психологически неблагоприятных состояний, что доказывают примеры недавних эпидемий атипичной пневмонии SARS, геморрагической лихорадки Эбола, свиного гриппа H1N1, ближневосточного респираторного синдрома (MERS) и др. [6].

Чем больше продолжительность карантина, тем выше вероятность развития посттравматических стрессовых симптомов, избегающего, агрессивного и уже обозначенного нами выше саморазрушающего поведения. В частности, об этом говорится в обзоре последствий длительных карантинных в еженедельном, рецензируемом, одном из наиболее старых (выходит с 1823 года) и самом авторитетном в мире журнале по медицине «The Lancet». В частности, факторами стресса в период действия ограничительных мер, по мнению авторов «The Lancet», выступают:

- продолжительность карантинных (чем дольше длиться ограничения, тем выше риски для психики);
- утрата привычного образа жизни и сопутствующие самоизоляции скука и пониженное настроение;
- проблемы в реализации базовых потребностей (покупка продуктов питания, воды, одежды, лекарств, получение медицинского обслуживания);
- противоречивая, недостаточная, зачастую пугающая детей и взрослых информация.

После окончания карантина на психику негативно влияли финансовые проблемы и стигматизация, с которой сталкивались, например, перенесшие инфицирование, а также медики, занимавшиеся лечением инфицированных [7].

Цель. В сложившейся ситуации объективно актуальным становится теоретический анализ и изучение психологических особенностей имеющего место быть аутоагрессивного поведения обучающихся в период пандемии коронавирусной инфекции, находящихся на дистанционном обучении в условиях домашней самоизоляции.

Материалы и методы. К категории ощути-мо пострадавших от негативных проявлений и социальных последствий коронавируса с полным основанием могут быть отнесены обучающиеся подросткового возраста. Проведенные свободные опросы и беседы с родителями подростков, в тече-

ние трехмесячного периода, находившиеся на удаленном дистанционном обучении на дому, со всей очевидностью демонстрируют, что адаптационные ресурсы организма в таких ситуациях истощаются, усиливается психоэмоциональное напряжение. Это может привести к повышению агрессивности, нарушениям межличностного взаимодействия и общения в семье. Невозможность родителей ребенка длительно переносить эмоциональные нагрузки, связанные со сложившейся ситуацией, ведет к повышению внутренней напряженности, тревожности, заикливанию на неразрешенных проблемах, к депрессивным состояниям, социальному одиночеству и изоляции. Могут обостряться и неадекватно разрешаться семейные конфликты, например, бытовые, семейные, супружеские, межличностные, детско-родительские и др. Невозможность их отреагирования ребенком (боязнь физического наказания со стороны родителей, высоко-статусная позиция родителя для ребенка, финансовая и экономическая зависимость ребенка от родителей и др.) приводит к психологическим последствиям в форме саморазрушающего (самоповреждающего) поведения.

Самоповреждающее поведение или аутоагрессия (от греч. autos – «сам» + лат. aggressio – «нападение») у детей и подростков – это нанесение вреда собственному здоровью, аутодеструкция на волне сильных эмоциональных переживаний. Психологически проявляется в склонности к самоунижению, самобичеванию. В особо тяжелых случаях может находить отражение в попытках истинного суицида. В переходном возрасте эмоции и чувства подростка становятся чрезмерно бурными и импульсивными, не всегда поддаются осознанному самоконтролю. При возникновении сильных эмоциональных переживаний подросток, не имеющий возможности отреагировать вовне свои отрицательные эмоции, выбирает себя объектом выплеска накопившегося у него негатива, в результате чего может наносить себе ушибы и повреждения, заниматься самообвинениями или, например, экстремальными видами деятельности, которые гипотетически могут нанести вред его физическому и психическому здоровью.

Результаты. Проведенное исследование позволило из содержания бесед с родителями детей и подростков, склонных к аутоагрессии, выделить три наиболее актуальных вида аутоагрессии у обучающихся, находящихся в условиях самоизоляции:

1. *Вербальная аутоагрессия.* Проявляется в том, что ребенок подросткового возраста обижает и унижает сам себя, даже если причастен к неприятным ситуациям лишь косвенно. Это приводит к понижению его личностной самооценки, ухудшению качества общения со взрослыми и сверстниками, трудностям при решении внутриличностных и межличностных конфликтных ситуаций.

2. *Невербальная или физическая аутоагрессия.*

Сюда относятся все агрессивные действия ребенка, явно наносящие ему физический вред: порезы, удары, ушибы, выдергивание волос и вырывание бровей, обгрызание ногтей до крови, проколы кожи иглой, оставление глубоких царапин и порезов кожи на разных частях тела.

3. *Скрытая аутоагрессия.* Данная разновидность самоповреждающего поведения наиболее часто встречается именно в подростковом возрасте. Проявляется действиями, которые, на первый взгляд, не кажутся агрессивными, но являются таковыми по своей сути. Это, к примеру, могут быть пирсинг различных частей лица и тела, многочисленные татуировки, а также экстремальные увлечения и травмоопасные виды спорта. Кроме того, к скрытому самоповреждающему поведению можно отнести вредные для здоровья привычки: прием наркотиков, курение, алкоголь и пр. У девушек – проявления перфекционизма, диеты на грани полного голодания, ранние и беспорядочные половые связи и т.п.

Аутоагрессия – это всегда внутриличностный конфликт, но в случае с подростками заметить его взрослым иногда бывает очень трудно. Случается такое, что педагоги и родители подростка не замечают в его поведении ничего странного, а он в это время наказывает себя способами, которые доставляют неудобство только ему. Аутоагрессивное поведение подростка часто пугает родителей, так как они обычно плохо представляют, чем можно помочь своему ребенку, совершившему попытку суицида или акт саморазрушающего поведения. В подобных ситуациях важно не паниковать, не набрасываться с расспросами или упреками, не стараться резко переубедить подростка в неправильности действий. Прежде всего, в таких обстоятельствах родителю школьника нужно самому успокоиться, и лишь потом спокойно поговорить со своим чадом в доброжелательном тоне и спокойной обстановке. Сказать ему о собственных чувствах: «я шокирована», «я расстроена», «я испугался», «я в растерянности, потому что не понимаю, почему ты такое делаешь с собой». Предложить подростку рассказать о собственных переживаниях, но не ждать, что он сразу раскроется и все о себе вам расскажет. Обязательно нужно обратиться за помощью к профессиональному и опытному клиническому психологу, врачу - психотерапевту. В дальнейшем нужно стараться быть рядом со своим ребенком, интересоваться его жизнью, успехами и неудачами, ненавязчиво предлагать свою помощь в той или иной сложной жизненной ситуации, создавать благоприятную обстановку и ощущение безопасности в семье, поддерживать его в трудную минуту.

Выводы. О важности и объективной актуальности проблемы совладания со стрессом и предотвращения аутоагрессивного поведения обу-

чающихся подросткового возраста в период пандемии и карантинных мероприятий по борьбе с COVID-19 свидетельствует проведение мероприятий, организованных в форме онлайн-вебинаров, на которых, в частности, рассматривались способы психологического сопровождения несовершеннолетних с суицидальными намерениями. Так, участники онлайн-вебинара, организованного Федерацией психологов образования России в конце не так давно завершившегося учебного года, получили информацию о проявлениях, профилактике кризисных состояний у несовершеннолетних в дистанционном режиме обучения, а также психологические рекомендации для детей и их родителей, находящихся в режиме самоизоляции. Это и подобные ему мероприятия отражают злободневность рассматриваемых проблем, связанных с саморазрушающим поведением и аутоагрессией подростков в условиях карантинных мероприятий и самоизоляции.

Литература:

1. Алёхин А.Н., Дубинина Е.А. Пандемия: клинико-психологический аспект // Артериальная гипертензия. 2020. № 26 (3). С. 312-316.
2. Корытова Г.С. Внутренняя картина здоровья и социальные представления о нем студентов педагогического вуза // Сибирский психологический журнал. 2012. № 46. С. 131-143.
3. Корытова А.И., Корытова Г.С. Психология литературного творчества как научное направление: этап становления (последняя треть XIX – первая половина XX в.) // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2016. № 11 (176). С. 162-169.
4. Корытова Г.С. Структура защитного и совладающего поведения в профессиональной деятельности педагогических работников // Сибирский психологический журнал. 2005. № 21. С. 112-117.
5. Сидорев Е.А. Детская аутоагрессия: причины и пути выхода. URL: <https://www.maam.ru/detskijasad/detskaja-autoagresija-prichiny-i-puti-vyhoda.html> (дата обращения 11.09.2020).
6. Taylor S. The Psychology of Pandemics. Cambridge: Scholars Publishing. 2019. 178 p.
7. Troyer E.A., Kohn J.N., Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatry sequelae of COVID-19? Neuropsychiatry symptoms and potential immunologic mechanisms // Brain Behavior Immunology. 2020. № 4. P. 8-9.
8. Wang C., Pan R., Wan X. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China // Environ Res Public Health. 2020. V. 17, № 5. P. 17-29.

AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR OF STUDENTS IN THE PERIOD OF A PANDEMIC OF A COVID-19 INFECTION AND SELF-ISOLATION

G.S. Korytova

Tomsk State Pedagogical University, Tomsk

Results of the research conducted in the world demonstrate existence of adverse effects of a situation of a pandemic of COVID-19 for psychological and mental health of the population. Autoinsulation and remote training negatively affected mental health of the Russian school students. The indirect and hidden consequences of quarantine actions during COVID-19 pandemic for mentality of children and teenagers will have in a consequence long effect, including in the form of the self-destroying behavior.

Keywords: autoaggression, self-destroying behavior, pandemic, COVID-19

СУИЦИДАЛЬНЫЕ УГРОЗЫ И ПАНДЕМИЯ COVID-19

Б.Ю. Приленский, А.В. Приленская, А.Г. Бухна, Р.И. Канбекова, Д.И. Боечко, Е.А. Ильницкая

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень

Проведена оценка психического состояния путем анонимного Интернет-тестирования (Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS) и Шкала Тяжести Панического Расстройства (Panic Disorder Severity Scale – Self Report Form) респондентов и различных регионов Европы, Азии, Америки.

Ключевые слова: Пандемия COVID-19 суицидальная готовность, тревога, депрессия, паническое расстройство, анонимное интернет-тестирование

Пандемия COVID-19 оказалась неожиданной для человечества и вызвала разнообразные, противоречивые реакции в средствах массовой информации и среди населения. Ежедневные сводки о числе заболевших, выздоровевших и умерших не могли оставить никого равнодушными, формировали сильные эмоциональные реакции, и даже вели к массовым беспорядкам в некоторых регионах. Требования соблюдать режим самоизоляции привели к остановке производств, разрушению контактов между людьми, возникновению напряжения в семье.

Ситуация осложнена такими проблемами XXI века, как кризис мировой экономической системы, нестабильность социальной обстановки, неопределенность будущего в условиях глобализации. Стало известно, что менее 10% населения мира переболели новой коронавирусной инфекцией. Такие данные представила в понедельник, 3 августа 2020 г., глава технической группы подразделения чрезвычайных заболеваний Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Мария ван Керкхове [2]. По данным ВОЗ, после заражения коронавирусом SARS-CoV-2 в мире умерли 691 тыс. человек [3]. В то время как мировое сообщество сосредоточено на возможностях лечения пандемии, оказания интенсивной помощи пациентам и возможностям профилактики, за пределами внимания остались социально-психологические последствия пандемии. Последствия происходящего подлежат серьезному анализу.

Следует ожидать возникновения широко спектра психических и социальных потрясений. Сообщения о самоубийствах врачей и медсестер регулярно приходят из США и Европы [4].

Оценка «вклада» коронавируса в суицидологическую ситуацию на национальном и региональном (более реально) уровне осложнена в связи с многофакторностью и относительной эпидемиологической редкостью суицидальных попыток [1].

Цель исследования: изучить распространенность и оценить уровень тревожности, депрессивных проявлений и панического расстройства в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы: нами был проведен анализ 154 анонимных тестов, размещённых в сети Интернет (Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS) и Шкала Тяжести Панического Расстройства (Panic Disorder Severity Scale – Self Report Form)). Тестирование прошли жители 15 разных стран (Европы, Азии и Америки) в период мирового пика пандемии COVID-19 – в начале апреля 2020 года. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программ Microsoft Excel, Statistica (версия 6,0).

Критериями включения в исследование были: а) люди от 18 лет; б) находящиеся на самоизоляции/карантине в период пандемии.

Из выборки были исключены а) лица с диагностированными психическими заболеваниями; б) несовершеннолетние люди;

Результаты и их обсуждение: полученные результаты анкеты были обработаны и проанализированы и разделены на 8 условно выделенных групп.

В первую группу были включены респонденты, при тестировании которых не удалось выявить каких-либо отклонений в психическом состоянии. Они составили больше половины обследованных – 80 человек (52%). Средний возраст данной группы был $28 \pm 1,5$ лет; причем в этой группе преобладали граждане России, Словакии и Литвы. Можно предположить у представителей этой группы высокий уровень функционирования адаптационных защитных механизмов.

Вторая группа состояла из 30 человек (19,5%). Средний возраст был также $28,3 \pm 2$ лет. В этой подгруппе выявлялись преимущественно только тревожные расстройства (субклинически и клинически выраженные).

В 1 подгруппе у 19 человек (64%) были выявлены субклинически выраженные тревожные расстройства. Среди них преобладали женщины из России 17 человек (89,5%), и 2 (10,5%) человека – мужчины (Финляндия, Индия).

Во 2 подгруппе клинически выраженная тревога выявлена у 11 человек. Примечательно, что это были молодые люди ($21,5 \pm 0,5$) мужского пола (91%), преимущественно представители России.

Третья группа состояла из людей, имеющих признаки всех выявляемых расстройств (депрессия, тревожное и паническое расстройство) – 14 человек (9,1%). Примечательно, что средний возраст этой группы составлял $38,8 \pm 2$ лет. Из них 13 человек (92, 9%) были женщины из России, Вьетнама и Франции, степень их тревожного расстройства, депрессии и панического расстройства была различной степени выраженности.

Четвертая группа – это люди, у которых в результате анкетирования была выявлена депрессия (субклиническая и клиническая) – 8 человек (5,2%). Средний возраст составил $25,5 \pm 1,5$ лет, без значительных изменений в подгруппах. В группе были люди из России, Турции и Кувейта.

В этой группе преобладали женщины (87,5%). У 6 человек (75%) выявлялись признаки субклинической депрессии, и у 2 человек (25%) отмечались признаки клинически выраженной депрессии.

Пятая группа – 7 человек (4,6%) – имели признаки депрессии, в сочетании с паническим расстройством разной степени выраженности. В этой группе были жители России, Франции, Хорватии, Португалии и Бельгии.

Средний возраст респондентов в этой группе составил $29,4 \pm 2$ лет. В составе этой группы преобладали женщины (71,4%).

Шестая группа – 7 человек (4,6%), у которых были выявлены депрессия в сочетании с тревогой. Это были представители Азербайджана, России, Франции и Аргентины. Средний возраст составил $28,7 \pm 1$ лет. С преобладанием (85,7%) женщин.

Седьмая группа – состояла из 6 женщин (3,8%), с паническими расстройствами легкой степени и субклинически выраженным тревожным расстройством. Все они, граждане Российской Федерации. Средний возраст составил $45,3 \pm 3$ лет.

В восьмой группе было 2 человека (1,2%) с тяжело протекающими паническими атаками в возрасте 20 лет (России и Турции).

Выводы.

1. Большая часть респондентов – 80 человек (52%) молодого возраста ($28 \pm 1,5$ лет); оказались эмоционально устойчивые жители России, Литвы и Словакии.

2. Во время пандемии мужчины молодого возраста $21,5 \pm 0,5$ лет больше склонны к клинически выраженным тревожным расстройствам.

3. Женщины среднего возраста, $38,8 \pm 2$ лет, во время самоизоляции больше склонны к проявлению депрессивных, тревожных и панических расстройств.

4. Для женщин из России предклимактерического возраста ($45,3 \pm 3$ лет) характерны возникновение панического расстройства легкой степени и субклинически выраженного тревожного расстройства.

5. Для жителей Западной Европы обнаруживали характерно сочетание депрессии и панического расстройства.

6. Неблагоприятное сочетание психического напряжения и ситуации в связи с пандемией является факторами риска возникновения суицидальных реакций.

Литература:

1. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Положий Б.С. Пандемии и суицид: идеальный шторм и момент истины // Суицидология. 2020. Т. 11, № 1 (38). С. 3-38.

2. <https://iz.ru/1043419/2020-08-03/v-voz-nazvali-doliu-perebolevshikh-covid-19-v-mire> 30.08.2020
3. <https://www.rbc.ru/society/05/08/2020/5f2a3c6d9a79471064495a81> 30.08.2020
4. <https://www.mk.ru/social/2020/04/27/eksperty-rasskazali-kak-koronavirus-tolkaet-medikov-na-samoubiystvo.html> 31.09.2020

СУИЦИДОЛОГИЯ В УЧЕБЕ И ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Е.Б. Любов¹, П.Б. Зотов²

¹Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», г. Москва
²Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень

В представленной полемической статье обоснована необходимость систематического обучения медперсонала основам суицидологии в рамках региональных программ предупреждения суицидального поведения.

Ключевые слова: суицидальное поведение, профилактика суицидов, обучение, профессионалы

Суицидология согласно биопсихосоциальной природе суицидального поведения (СП) развивается на стыке родственных дисциплин [1, 2]. Образцовые программы предотвращения самоубийств опираются на междисциплинарное и межведомственное взаимодействие [3], но отечественные суицидологические службы разобщены, малодоступны и недостаточно привлекательны [4, 5]. В итоге большинство суицидентов «проваливается» меж ячей профессиональной медико-социальной помощи. Типовая региональная программа профилактики выделяет как мишени первоочередных лечебно - профилактических мероприятий частично пересекающиеся и неоднородные возрастные, социальные, клинические и прочие группы повышенного риска СП.

Большинство психических расстройств и дебют СП родом из детства и подросткового возраста, но подростки избегают тугоподвижной (возраст-неспецифичной) стигматизирующей терапии, нетерпеливы в ожидании её пользы и обостренно воспринимают её «вред» (как бремя лечения). Не удивительно, что менее половины несовершеннолетних жертв суицида получала какую-либо медицинскую помощь [6].

Будущие медики в практике и / или жизни обречены столкнуться с СП, коли каждый эпизод задевает обломками напрасной смерти 30 и более окружающих [7]. При этом учащиеся вообще и медицинских колледжей и институтов в частности – группа риска психических расстройств и / или СП [8]. Частота депрессивных симптомов у студентов - медиков почти 30%, суицидальные мысли у каждого десятого, но лишь каждый шестой депрессивный обращается за психиатрическим лечением [9].

Врачи первичной помощи – «медицинский форпост» выявления депрессии и/или СП, но они «специфичны, но не сенситивны» к психосоциальному кризису пациентов, зауженные на соматических (или кажущихся таковыми) проблемах. Однако часть суицидентов перед трагедией обращается именно к интернистам, доверяя им более психиатров [10, 11], и от внимания врача зависит жизнь [12].

Треть пациентов территориальных поликлиник страдает клинической депрессией (не менее опасная субсиндромальная – у каждого второго), но лишь каждый десятый депрессивный из репрезентативной отечественной выборки [13] обратился в ПНД и получил 6-недельный (минимальный) курс антидепрессантов. Активные потребители помощи территориальной поликлиники – пожилые (по «правилу третей», треть пожилых поглощает две трети объема медицинских услуг). Они неохотно делятся душевными невзгодами, не могут их выразить и избегают, как и их внуки, психиатрической помощи [14], но отягощают на визите в регламентированные 11 минут врача сетованиями на жизнь и бессонницу, за коими возможная суицидоопасная депрессия.

Клинической группой риска СП служат сомато-неврологические больные [15], особо с хроническим болевым синдромом и ограничением повседневного функционирования [16]. Парадигмальной суицидоопасной телесной болезнью можно полагать рак [17]. Онкопсихологи в штате диспансеров; непременно психологическая поддержка больного и его окружения на последовательных этапах лечения и реабилитации, но стандартизированный систематических скрининг СП не введен в порядок их деятельности.

Самые тяжелые (с медицинскими последствиями) парасуициды отмечены в многопрофильных больницах [18]. Настораживает, что до 80% самоотравлений – психотропными препаратами (бензодиазепиновыми транквилизаторами, «классическими» антидепрессантами, вездесущим клозапином), указывая паттерны нерациональной полифармации суицидентов. Если среди отравлений традиционно помнят о вероятной доле суицидентов, то другие категории пациентов нередко обходят специалистов стороной, и наоборот. Так, поступивший в травматологический стационар суицидент, лечение получает в основном по профилю травмы, часто не осматривается психиатром и исключается из дальнейших необходимых мер суицидальной превенции [19].

До 90% скончивших с собой психически больные, причем до 60% страдали депрессией, как правило, не выявленной и адекватно не леченной [3], но зарегистрированные психиатрические пациенты (прошедшие «психиатрический фильтр») составляют не более 10% жертв суицида в России [20].

Однако психиатрические учреждения не гарантируют адекватность наблюдения и качественное ведение суицидентов [21, 22]. Персонал психиатрических больниц в разных регионах РФ от психиатров, клинических психологов до медсестер и санитарок мало сведущ в вопросах СП и заражен мифами «общего населения» вне связи со стажем и эпизодами СП подопечных в ходе профессиональной деятельности и личного опыта [23]. Так, 40% психиатров вне связи со стажем полагают, что спрашивать пациента о намерениях покончить с собой нельзя во избежание «заражения», а озвучивание суицидальных намерений не опасно. Стигматизация медицинским персоналом суицидентов возможна [24], но показательнее эмпатия (оправдательная позиция), косвенно указывающая на выгорание, проявляемое и в отстраненной реакции на очередное «импульсивное» (то есть непредсказуемое?) СП подопечного.

Видимо, проблемой количества и качества отечественных общемедицинских, психиатрических и суицидологических служб оказывается недостаток обученных суицидологии кадров на фоне «привычного» дефицита медицинских и социальных ресурсов.

Что делать? Пока СП обходят стороной издания Национального руководства по психиатрии и клинические рекомендации по лечению психических расстройств, как и при преподавании психиатрии в медицинских ВУЗах и в процессе постдипломного образования и, не удивительно, при обучении иным медицинским профессиям. Однако доказательно эффективным элементом типовой программы профилактики суицидов служит обучение семейных врачей выявлению и лечению депрессий и СП, что показано и в отечественных программах [25, 26].

До 80% душевнобольных в развитых странах мира лечится у семейных врачей, что destигматизирует («дедемонизирует») и делает более доступным психиатрическое лечение. Вряд ли пока реально привлечь отечественных терапевтов к такой деятельности, но внедрение скринингов депрессии и СП необходимо с последующим обращением «проблемных пациентов» не в ПНД, но соседний (возрожденный) кабинет психотерапевта (социально-психологической помощи). Особыми навыками должны обладать детские и подростковые врачи (в особой нехватке в регионах), памятуя, что большинство психических и соматических болезней, потенциально суицидоопасных, родом из детства и распространенность предкризисных и кризисных состояний учащихся во всем мире. В руководствах для врачей общей практики предстоит прописать границы ответственности, условия помощи, взаимодействие с психиатром-консультантом. Так, отечественному интернисту (помечтаем) по силам и по функциональным обязанностям выявить группу

риска СП (без психиатрического диагноза), контролировать безопасность (нежелательные действия как суицидогенный фактор) и эффективность поддерживающей терапии психотропными препаратами (но не их первичное назначение) и мониторить риск СП.

Суицидологическая служба в России создана и функционирует как профессиональная [27] при малом участии добровольцев как хребта зарубежных профилактических программ. Доля обученных целевым образом «Суицидологии» специалистов в отдельных регионах стремится к нулю при внешнем разнообразии нестандартизированных курсов, проводимых местными силами или с привлечением психиатрических НИИ.

Обучение профессионалов междисциплинарному и межведомственному взаимодействию с учетом местных особенностей (социально-экономического и культурального контекстов, подготовки кадров, развитости сети общемедицинской и психиатрической, суицидологической помощи, резервов и препятствий программ) повысит мотивацию суицидентов и их близких к получению помощи и эффективность лечебно-профилактических мероприятий [28]. Улучшение выявления депрессии и тревоги в общемедицинской и психиатрической сети и качества (соответствия рекомендованным образцам) лечения – одно из условий снижения риска СП больных разного профиля.

Помимо освещения типовых факторов риска СП и методов их выявления, а также защитных факторов с акцентом на личные и медико-социальные ресурсы, социально-экономического бремени СП и ресурсосберегающего эффекта типовых программ профилактики в привязке к местной ситуации, следует отметить, что возможно снизить риск СП, но не исключить его, подготовив коллег к возможным психотравмам в связи с СП подопечных (возможно, близких).

Обучение выявлению риска СП занимающихся общей медицинской и психосоциальной помощью [29] начинается с медицинских колледжей и институтов, где студенты недостаточно, как видим, способны оценить душевные недуги и помочь себе [30]. Если отношение к суицидам – функция клинического и личного опыта, освоение теоретических и практических навыков улучшит понимание природы СП и выбор ресурсов профессиональной и неформальной помощи. Процесс обучения становится целительным («излечись сам»), и может выступать как средство превенции в последующей врачебной деятельности [31].

Необходимо включение курса суицидологии (не менее 36 час.) в перечень элективных курсов студентов старших курсов медицинских институтов и психологических (социологических) факультетов в форматах семинаров, лекций, онлайн-обучения и тестирования. Актуальность темы подчер-

квивается проводимыми исследованиями. Опрос студентов-медиков старших курсов и студентов не-медицинского ВУЗа свидетельствует о практически сравнимых иллюзорных представлениях о теме суицида, в большинстве случаев получаемых из интернета, и мало отражающих реальную ситуацию [32]. Отсутствие объективных знаний в области суицидологии нередко демонстрируют и психологи, в область сферы профессиональной деятельности которых входит помощь этому контингенту и организация системы превенции [33].

В этой связи важно отметить, что на студенческой скамье и в медицинском ВУЗе, и при подготовке психологов необходимо своевременно подчеркнуть, что СП – атрибут любого страдания; риск его призван снизить любой профессионал (и ответственный гражданин) следованием рекомендованному канону.

Целесообразно обучение персонала технике тестирования (например, по шкалам депрессии) групп риска пациентов для последующей индивидуальной работы со специалистом. Важны опросы сотрудников для определения позиции (отношения) к СП, косвенно указывающих и на степень выгорания, с последующим обсуждением результатов. Во избежание выгорания, сопряженного с СП, медработники должны быть обучены выявлению депрессии не только у подопечных; адаптивным навыкам совладания с дистрессом («школа жизнестойкости»). Полезен курс танатологии с акцентом на междисциплинарные аспекты.

Заслуживает внимания обучение среднего и младшего персонала, общающегося с потенциальным суицидентом обычно теснее, нежели врачи, и определяющего отношение к профессиональной помощи [23].

Не случайно «суицидолог» отсутствует в перечне медицинских специальностей, ибо соответствующими навыками распознавания СП должен обладать не только медик, обучение специальным методам (как краткосрочной КБТ кризисных состояний) доступно клиническому психологу и/или психотерапевту; психиатр осведомлен, что «правильная терапия правильному больному» обладает мощным антисуицидальным потенциалом, а недо- лечение усугубляет риск СП.

Отказ от традиционного доминирования сугубо психиатрического подхода в суицидологии (исвода биологического редукционизма в психиатрии) не позволяет перенос ответственности за решение многообразной проблемы на психиатров и укажет перспективы понимания СП и его многоуровневой превенции.

Вместо эпилога.

Много вопросов в отношении традиционного понимания «суицидального контингента» внесла пандемия. Невероятные по масштабу ограничительные меры, вводимые во многих странах мира

[34, 35], остановка производства и экономические потери, изоляция и самоизоляция, вынужденное пребывание в ограниченном пространстве и малом круге общения, на фоне активной и угрожающего характера информации в СМИ. Длительное пребывание в стрессовой ситуации не может не сказаться отрицательно на психологическом состоянии людей. Оценка ситуации в течение последних месяцев указывает на объективно регистрируемые изменения в настроениях общества, увеличении числа девиантных форм поведения. Оценку суицидальной активности в глобальных масштабах, текущих и отсроченных последствий такого системного стресса еще предстоит изучить. Однако уже сегодня необходимо проведение более масштабных мер профилактики и помощи [34, 36].

Литература:

1. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения / Комплексные исследования в суицидологии: сб. научных трудов. М.: Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР. 1986. С. 7-25.
2. Положий Б.С. Суицидология как мультидисциплинарная область знаний // Суицидология. 2017. Т. 8, № 4. С. 3-8.
3. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Женева: ВОЗ, 2014. 102 с.
4. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А. Территориальные суицидологические службы Российской Федерации: структура и функция // Суицидология. 2014. Т. 5, № 16. С. 3-17.
5. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Век, время и место профессора Амбрумовой в отечественной суицидологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. Т. 2, № 19.
6. Pelkonen M., Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention // Paediatr. Drugs. 2003. № 5. С. 243-265.
7. Любов Е.Б. Клинико-социальное бремя близких жертвы суицида: Если бы... // Суицидология. 2017. Т. 8, № 4. С. 56-76.
8. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Озоль С.Н. и соавт. Специфика отношений к смерти у студентов медицинских профессий в областях России и Беларуси с умеренным и повышенным суицидальным риском // Суицидология. 2016. Т. 7, № 2. С. 51-56.
9. Rotenstein L.S., Ramos M.A., Torre M. et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis // JAMA. 2016. № 316. С. 2214-2236.
10. Lake C. R. How academic psychiatry can better prepare students for their future patients. Part I: the failure to recognize depression and risk for suicide in primary care; problem identification, responsibility, and solutions // Behav. Med. 2008. № 34. P. 95-100.
11. Pan Y.J., Lee M.B., Chiang H.C., Liao S.C. The recognition of diagnosable psychiatric disorders in suicide cases' last medical contacts // Gen Hosp Psychiatry. 2009. V. 31, № 2. P. 181-184.
12. Ласый Е.В., Минкевич К.М., Подручный Д.В., Мартынова Т.Ф. Суицидальное поведение в личном и профессиональном опыте врачей-интернистов (результаты анкетирования участников проекта «Профилактика суицидов путем улучшения диагностики депрессии в первичном здравоохранении») // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2010. № 2. С. 6-21.
13. Краснов В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. Т. 9, № 4. С. 5-9.
14. Conwell Y., Thompson C. Suicidal behavior in elders // Psychiatr Clin North Am. 2008. № 31. P. 333-356.
15. Зотов П.Б., Любов Е.Б. Суицидальное поведение при соматических и неврологических болезнях // Тюменский медицинский журнал. 2017. Т. 19, № 1. С. 3-24.
16. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Фёдоров Н.М., Бычков В.Г., Фадеева А.И., Гарагашев Г.Г., Коровин К.В. Хроническая боль среди факторов суицидального риска // Суицидология. 2019. Т. 10, № 2. С. 99-115. doi.org/10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-99-115

17. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г. Суицидальное поведение и рак. Часть I. Эпидемиология и факторы риска // Суицидология. 2015. Т. 6, № 4. С. 3-21.
18. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Куликов А.Н. и соавт. Комплексная (эпидемиологическая, клинико-социальная и экономическая) оценка парасуицидов как причин госпитализаций в многопрофильные больницы // Суицидология. 2018. Т. 9, № 3. С. 16-29.
19. Скрыбин Е.Г., Аксельров М.А., Зотов П.Б., Любов Е.Б., Сахаров С.П., Кичерова О.А., Спадерова Н.Н. Суицидент среди пациентов травматологического центра // Суицидология. 2020. Т. 11, № 2. С. 101-117.
20. Любов Е.Б., Шматова Ю.Е., Голланд В.Б., Зотов П.Б. Десятилетний эпидемиологический анализ суицидального поведения психиатрических пациентов России // Суицидология. 2019. Т. 10, № 1. С. 84-90.
21. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суициды в психоневрологическом диспансере: уроки серии случаев // Суицидология. 2016. Т. 7, № 23. С. 23-29.
22. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I // Суицидология. 2018. Т. 9, № 1. С. 23-35.
23. Любов Е.Б. и группа исследователей. Опыт, осведомленность и отношение больничного психиатрического персонала к суицидальному поведению // Суицидология. 2015. Т. 6, № 2. С. 18-29.
24. Руженков В.А., Руженкова В.В. Отношение медицинских сестёр психиатрической больницы и факультета высшего медицинского образования к суицидентам, как отражение социальной стигматизации // Суицидология. 2013. Т. 4, № 2. С. 63-68.
25. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Носова Е.С. Научная доказательность и экономическое обоснование предупреждения суицидов // Суицидология. 2019. Т. 10, № 2. С. 23-31.
26. Корнетов Н.А. Что является лучшей формой профилактики суицидов? // Суицидология. 2013. Т. 4, № 2. С. 44-58.
27. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Кушнарев В.М. История развития суицидологии в России // Суицидология. 2017. Т. 8, № 3. С. 22-39.
28. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. World Health Organization, 2018.
29. Mospan C.M., Hess R., Blackwelder R. et al. A two-year review of suicide ideation assessments among medical, nursing, and pharmacy students // J. Interprof. Care. 2017. № 31. P. 537-539.
30. Gramaglia C., Zeppegno P. Medical Students and Suicide Prevention: Training, Education, and Personal Risks // Front Psychol. 2018. № 9. P. 452.
31. Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А. и соавт. Самоубийства среди врачей и медицинских работников: обзор литературы // Суицидология. 2019. Т. 10, № 3. P. 33-43.
32. Зотов П.Б., Зырянов А.В., Родяшин Е.В., Грачёв С.И., Зотова О.П., Севастьянов А.А. Образ суицидента в представлениях студентов медицинского и технического ВУЗов // Суицидология. 2017. Т. 8, № 1. С. 62-67.
33. Зотов П.Б. Образ суицидента в представлении педагогов-психологов // Тюменский медицинский журнал. 2016. Т. 18, № 4. С. 47-50.
34. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Положий Б.С. Пандемии и суицид: идеальный шторм и момент истины // Суицидология. 2020. Т. 11, № 1. С. 3-38. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-3-38
35. Любов Е.Б. Граждане под короной, или как это делается в Израиле и около // Девиантология. 2020. Т. 4, № 1. С. 55-91.
36. Розанов В.А. Насущные задачи в сфере суицидальной превенции в связи с пандемией COVID-19 // Суицидология. 2020. Т. 11, № 1. С. 39-52. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-39-52

SUICIDOLGY IN TRAINING AND PRACTICE OF MEDICAL PERSONNEL

E.B. Lyubov¹, P.B. Zotov²

¹Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbssky, Moscow, Russia

²Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

A discussion article of a group of scientists (i. e., psychiatrists, psychologist) with clinical and pedagogical experience substantiates the need for systematic training of medical personnel in the basics of suicidology in the framework of

emerging regional programs for the prevention of suicidal behavior.

Keywords: suicidology, suicide prevention, education, professionals

СУИЦИДАЛЬНЫЕ РИСКИ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Б.Ю. Приленский, А.В. Приленская, А.Г. Бухна, Р.И. Канбекова

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень

Представлены результаты исследования психических нарушений при урологических заболеваниях, а также проанализированы механизмы их возникновения. Разработан комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий. Работа основана на безвыборочном клинико-психопатологическом и экспериментально - психологическом обследовании 804 больных с различной урологической патологией в условиях урологического отделения.

Ключевые слова: пограничные психические расстройства, урологические заболевания, суициды, реабилитация при урологических заболеваниях

В последние годы отмечается отчетливая тенденция к увеличению доли пациентов с пограничными нарушениями. К сожалению, значительная часть больных, особенно с начальными проявлениями непсихотической психической патологии, вообще не выявляется, что способствует затягиванию в дальнейшем сроков адекватной терапии и реабилитации. При анализе работ урологов можно найти упоминания о необходимости психологической подготовки пациентов перед операцией, разъяснении цели операции. Считается необходимым привлечение к работе с урологическими пациентами невропатологов, психоневрологов [2].

Также подчеркивается о своеобразии реагирования пациентов на особенности протекания заболевания. Это вызывает необходимость обращать внимание на состояние психики при группе урологических заболеваниях с нарушениями мочеиспускания [1]. Только немногие больные спокойно переносят острую задержку мочи при аденоме предстательной железы [10], а операция аденомэктомии, с точки зрения больного, является ужасной [7]. Ощущения, возникающие при уретрите, могут создавать отрицательную эмоциональную окраску, что связано с особенностями переживания самого заболевания [12], в результате чего возникает “системный невроз” [14]. Женщины, страдающие после родов частичным недержанием мочи (а таких, по данным урологов, около 10,7%), не могут работать по специальности, переживают трагедии в семье [11], что угнетает не меньше, чем физическое страдание [13]. Бужирование при стриктуре уретры

тяжело переносится больными, в связи с чем, урологи подчеркивают необходимость предоперационной психотерапии [8, 9]. Так, Д.Л. Мелконян [6] подчеркивает, что у части урологических больных в процессе подготовки к операции и послеоперационном периоде отмечаются психотические нарушения по депрессивному типу: подавленное тоскливое настроение, тревога, страх. Послеоперационный период таких больных сопровождается различными соматическими осложнениями. Это приводит к возрастанию количества потребляемых анестетиков и анальгетиков. У них возникают различные послеоперационные осложнения, что продлевает время нахождения в клинике.

Урологическая патология может выступать и среди соматических просуицидогенных факторов [3, 4]. Описаны случаи самоубийства при пузырно-влагалищных свищах, так как, например, постоянное истечение мочи создает трудные условия для общения этих женщин в коллективе и семье [5].

Целью исследования является изучение психических нарушений при урологических заболеваниях, а также анализ механизмов их возникновения и разработка комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материал и методы исследования. Работа основана на безвыборочном клинко-психопатологическом и экспериментально - психологическом обследовании 804 больных с различной урологической патологией в условиях урологического отделения Тюменской областной и второй городской клинических больниц и урологических кабинетов поликлиник города Тюмени. Широкая распространенность этой патологии в Тюменской области обусловлена суровостью климатических условий. Все больные обследовались клинически и параклинически, осуществлялся детальный анализ историй болезни и амбулаторных карт. Диагноз урологических заболеваний устанавливался на основании клинических и лабораторных данных врачами-урологами. Из обследуемого контингента больных были исключены пациенты с сопутствующей тяжелой соматической, психической и неврологической патологией, а также пациенты с органическим поражением головного мозга.

Клинический и дифференциальный диагноз устанавливались на основании развернутых классификаций пограничных состояний с учетом критериев МКБ -10.

Результаты и обсуждение.

В результате проведенного исследования было установлено, что нарушения психики при урологических заболеваниях занимают особое место среди психических расстройств при соматических заболеваниях. Это связано, в первую очередь, с клиническим своеобразием урологической патологии, которая сопровождалась нарушениями таких психологически значимых и социально табуированных

физиологических функций, как мочевыделительная и половая.

Психические нарушения могут вызываться сложным и трудноразделимым переплетением соматогенных и психогенных факторов. К соматогенным факторам относятся воспалительный процесс в органах с обильной чувствительной и вегетативной иннервацией, который сопровождается, как правило, разнообразными патологическими ощущениями. Имеют значение соответствующие биохимические и эндокринные сдвиги. Весьма тягостными для пациентов могут быть боли в половых органах, в промежности, в поясничной области с иррадиацией в пах; мучительные ощущения при отравлении физиологических потребностей и выполнении медицинских манипуляций.

Среди психогенных факторов, участвующих в формировании психических нарушений, следует подчеркнуть своеобразие клинических проявлений заболевания, длительность течения патологического процесса, выраженность и частоту обострений. Большое значение имела локализация поражения, возникающие в связи с этим нарушения со стороны физиологических функций, особенно сексуальной и мочевыделительной.

Области тела, обычно не воспринимаемые индивидом, начинают заполнять поле его сознания обилием болевых и других патологических ощущений, тревожными опасениями, мыслями, представлениями в связи с соматической болезнью. На этом фоне менялось поведение, вплоть до двигательной паники во время острого болевого приступа.

Следует подчеркнуть явное преобладание психогенных факторов, что дает основания отнести выявляемые при указанных соматических заболеваниях психические расстройства к следующим рубрикам: невротические реакции и неврозы (F4), психогенные депрессии (F32.01), невротические развития (F48.8), соматоформные расстройства (F45).

Большое значение имели специфика и эффективность проводимой терапии, врачебных манипуляций, а также возникающие в связи с проводимым лечением ограничения в жизни. Немаловажную роль играли особенности полученной информации о заболевании, о его прогнозе и последствиях.

В связи с болезнью возникали различные социально-психологические проблемы: изменялся статус пациента в семье, появлялись сложности в сексуальной жизни и во взаимоотношениях с близкими людьми. Урологическая патология могла приводить к серьезной социально-психологической дезадаптации на работе и в повседневной жизни.

При рассмотрении вариантов психологической реакции учитывался пол и возраст пациента, его преморбидные личностные особенности, имеющиеся в анамнезе вредности. На основании проведенного сравнительного анализа полученных данных можно говорить об имеющихся тенденциях форми-

рования психического состояния в зависимости от локализации поражения, тяжести и остроты патологического процесса, нарушения различных физиологических функций в связи с заболеванием.

В результате сплошного клинико - психопатологического обследования урологических больных в условиях урологического отделения и урологического кабинета поликлиники изменения в психическом состоянии выявлены у 78,73% больных в стационарных условиях. В амбулаторных условиях они наблюдаются в 55,47%.

Астенический синдром ($16,04 \pm 0,67\%$) тесно связан с соматическими сдвигами. После начала воспалительного процесса, нередко на фоне субфебрильной температуры, возникала слабость, вялость, утомляемость. Проявления болезни (боль, частые мочеиспускания) негативно влияли на продолжительность и глубину сна. Возникало беспокойство в связи с неясностью соматического состояния, появлялась тревога. Следует подчеркнуть связь возникающей астении с клинической картиной урологического заболевания и отсутствие в анамнезе подобных психопатологических проявлений, обращений к психиатру за специализированной помощью, предшествующую хорошую социально-трудовую адаптацию. Доминирование вегетативных нарушений в структуре астении давало основания для выделения астеновегетативного синдрома в $0,37 \pm 0,67\%$ наблюдений.

Возникающий на фоне соматогенной астении *астенодепрессивный синдром* ($32,34 \pm 0,67\%$) чаще всего формировался в рамках психологической переработки ситуации в связи с болезнью. Это, прежде всего, реакция на проявления урологического заболевания - патологические ощущения, нарушения физиологических функций, ограничения в жизни. Иными словами, депрессия являлась внешним проявлением внутреннего психологического конфликта, и, прежде всего, личности пациента с изменившимся в связи с болезнью телом.

Кроме того, в формировании конфликта играла значительную роль и внутриличностная переработка ситуации в связи с заболеванием (конфликт между неудовлетворенными желаниями, невозможностью сохранить прежнюю социальную роль и трудностями в осуществлении целесообразного поведения). Имели значение возникающие в связи с урологическим заболеванием изменения в системе межличностных отношений (Литвак М.Е., 2000). У больных изменялось отношение к себе с формированием (или усилением) заниженной самооценки (Я-), порой возникало негативное отношение к близкому окружению (в связи с опасениями, что близкие станут хуже относиться к пациентам из-за физических проблем) (Ты-), к людям (боязнь возможных насмешек и презрения в связи с болезнью) (Они-) и к труду (Труд-).

Анализ содержания депрессивных идей показал, что среди суждений стали реже встречаться идеи самообвинения в классическом понимании, более распространены идеи малоценности, имеющие социальное звучание - о своей бесполезности для общества, профессиональной некомпетентности, несоответствия своей должности, невыполнения своих производственных обязанностей и других социальных ролей. Больных беспокоило снижение социальной активности, нарушение связей с внешним миром, затруднение в общении. Большое место занимали ипохондрические идеи.

Для многих больных с урологической патологией с нарушениями функции мочеиспускания (нижние мочевые пути) характерны мучительные переживания физической и социальной неполноценности, пониженный фон настроения, суицидальные мысли. Астенодепрессивный синдром наблюдался у $26,02 \pm 1,47\%$ больных.

Выраженность гипотимии могла быть различной и имела свои особенности. Пациенты, отмечая болезненные проявления (непроизвольное отхождение мочи, болезненные ощущения, половые расстройства) сталкиваясь с возникающими, в связи с этим, трудностями в обществе, подолгу размышляли о тяжести своего состояния, о своей ненужности и грозящем одиночестве. Вечером долго не могли заснуть - мешало внутреннее напряжение, нередко не могли успокоиться из-за обилия мыслей; порой вся ночь проходила без сна.

Мужчины, особенно молодые, болезненно реагировали на нарушения половой жизни, расстройства потенции. В сновидениях нередко переживались сложные эпизоды, связанные с болезнью - боль, перенесенная во время процедур (бужирование мочеиспускательного канала, состояния острой задержки мочи, эпизоды неудач во время сексуальной близости). Мысли о своей неполноценности - как физической, так и социальной, приобретали доминирующий, и даже сверхценный характер.

Больные начинали менять образ жизни - реже бывали в гостях, прекращали ходить в кинотеатры, на концерты. Нередко приходилось учитывать наличие поблизости туалета и даже душа, поскольку характер заболевания требовал тщательно следить за соблюдением гигиены.

Фон настроения был снижен преимущественно в вечернее время. Пациенты в ряде случаев, не видя перспектив своего выздоровления, начинали размышлять о смерти, которая могла бы их избавить от страданий. Больных от самоубийства удерживала лишь забота, любовь и ответственность по отношению к близким людям. Как правило, эти переживания редко становились известными лечащему врачу, поскольку лишь при целенаправленной психотерапевтической беседе удавалось приоткрыть внутренний мир пациента, полный душевной боли.

Нарушались отношения с близкими людьми. Ввиду осложнений в сексуальной жизни, возникали конфликтные ситуации, хотя чаще сексуальные партнеры с пониманием и заботой относились к этим проблемам. Тем не менее, в ряде случаев пациенты предлагали близким расстаться, чтобы не мучить друг друга. Уменьшался аппетит или, наоборот, больные начинали много есть. Снижалась острота ощущений - «пища пресная, невкусная», половая близость не приносила прежнего удовольствия. Мир воспринимался в серых красках - «ни погода, ни люди не радуют, кругом грязь и серость, жизнь проходит мимо». Пациенты меньше внимания начинали уделять своей внешности, становились неряшливыми. Отмечалась слезливость, на людях приходилось порой прилагать усилия, чтобы удержать слезы. В ряде случаев отмечалась тяжесть за грудиной, в области сердца - «давит, щемит». Мысли с трудом возникали, в основном имели печальный характер, мешали сосредоточиться на работе, на книгах, на телевизионных передачах. Появлялась рассеянность, снижалась память.

Астенический фон формировал благоприятную почву для развития *астеноипохондрического синдрома* (19,90±0,67%). Он проявлялся в патологической фиксации внимания на реальных болезненных ощущениях, появлении доминирующих, реже - сверхценных ипохондрических переживаний на фоне тревоги и гипотимии. Больные с патологией половых органов опасались, что клинические проявления каким-то образом могут быть связаны с возможным венерическим заболеванием, боялись огласки, нарушений взаимоотношений в семье. Пациенты с расстройством функции мочеиспускания порой не понимали, что с ними происходит, и врачи не всегда могли квалифицированно развеять их тревожные опасения. Следует подчеркнуть, что постепенное развитие урологического заболевания с тягостной симптоматикой, существующий психологический барьер перед необходимостью обращаться к врачу по поводу «стыдного» заболевания, оставляли пациентов наедине со своими тревожными размышлениями. Невозможность поделиться с кем-либо своими тревогами формировали почву для развития невротического психологического конфликта.

Фобический синдром (7,71±0,67%) протекал кратковременно, сопровождался тревогой и обычно возникал в виде невротической реакции на фоне острой задержки мочи либо в клинической картине почечной колики. Эти состояния развивались, как правило, внезапно, на фоне полного здоровья. Резкая, сильная боль, от которой пациент не мог самостоятельно избавиться, порождала состояние двигательного беспокойства с переживанием паники. Пациенты боялись умереть, согласны были на все, чтобы избавиться от этой невыносимой боли. В то же время, только благодаря развитию такого крити-

ческого состояния многие больные наконец-то начинали осознавать, что они нездоровы, что у них есть серьезное заболевание, которое ранее они пытались лечить домашними средствами и просто игнорировать (вытесненный психологический конфликт с больным телом). На астеническом фоне также могли возникать вегетативные нарушения, в виде смешанных симпатоадреналовых реакций, как правило, сопровождающихся паническими переживаниями.

Изредка (0,12±0,67%) у урологических больных возникали кратковременные эпизоды (1-2 вечера) *гипнагогических галлюцинаций*. При анализе этих нарушений отмечено наличие интоксикации в связи с воспалением (острый пиелонефрит), выраженные нарушения сна, ипохондрические или депрессивные переживания. Эти нарушения развиваются на астеническом фоне. Гипнагогические галлюцинации проходили с улучшением соматического состояния, на фоне противовоспалительной, дезинтоксикационной и метаболической терапии, и не требовали специального применения транквилизаторов или нейролептиков. Как правило, в последующем эти эпизоды больше не повторялись и не требовали оказания специализированной психиатрической помощи.

Синдром выключенного сознания (0,12%±0,67) наблюдался в общей картине травмы, предшествующей возникновению урологической патологии (перелом костей таза, ушиб мягких тканей промежности) в рамках болевого травматического шока.

Невротическое ипохондрическое развитие личности отмечалось относительно нечасто (2,11±0,67%) было связано с хроническим течением болезни с неясной для пациента и для врачей соматической симптоматикой. Известно, что при хронических соматических заболеваниях обнаруживаются признаки патологии личности, в остром и подостром периоде психические изменения ограничиваются проявлениями реакции личности с присущими ей особенностями.

Комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий состоит из двух блоков – фармакологического и психотерапевтического. Фармакологический блок позволяет быстро и эффективно купировать пограничные психопатологические проявления у больных с урологической патологией, и направлен, главным образом, на синдромы-мишени. Фармакотерапия строится на принципах предпочтительного применения современных препаратов с высоким индексом безопасности, учетом взаимодействия с медикаментами из числа применяемых в общей медицине (соматотропные средства). Психотерапевтический блок направлен на проработку психологических механизмов (многоуровневая проработка невротического психологического конфликта и снятие избыточных невротических защит на разных уровнях).

Выводы:

Таким образом, урологические заболевания довольно часто сопровождаются возникновением целого комплекса пограничных психических расстройств, которые редко попадают в поле зрения психиатра. Особенности клиники урологического страдания приводит к тому, что психические нарушения могут приобретать затяжное течение. Отсутствие положительных перспектив ведет к возникновению суицидальных мыслей, которые обычно никому не высказываются.

Мы считаем целесообразным внедрение в образовательный процесс врачей-урологов знаний о психическом состоянии урологического пациента. Лечебный процесс целесообразно строить с учетом психического состояния урологического пациента.

Литература:

1. Бердичевский Б.А., Барашин Д.А., Кельн А.А., Шидин В.А., Гарагашев Г.Г. Эпидемиологический анализ проявлений дисфункций мочевых путей и их влияние на исполнительскую дисциплину в Тюменском регионе // Академический журнал Западной Сибири. 2020. Т. 16, № 2. С. 34-35.
2. Горюловский Л.М. Очерки гериатрической урологии. М.: Авиценна, 1993. 144 с.
3. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Скрыбин Е.Г., Ефанов А.В., Бородин Н.А., Беспалова Т.В. Соматическая патология среди факторов суицидального риска. Сообщение I // Суицидология. 2018. Том 9, № 3 (32). С. 112-121.
4. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Пономарёва Т.Г., Скрыбин Е.Г., Брагин А.В., Ананьева О.В. Соматическая патология среди факторов суицидального риска. Сообщение II // Суицидология. 2018. Т. 9, № 4. С. 85-108. doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-85-108
5. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. М.: М, 1986. 488 с.
6. Мелконян Д.Л. Метод коррекции психического статуса больных в оперативной урологии // Эксперим. и клин. медицина. 1991. Т. 31, № 4. С. 322-326.
7. Раус С. Первая помощь в урологии / Пер. с англ. М, 1979. 288 с.
8. Русаков В.И. Стриктуры уретры. М.: Медгиз, 1962. 139 с.
9. Русаков В.И. Хирургическое лечение стриктуры уретры и некоторых форм импотенции. Элиста, 1970. 242 с.
10. Сабельников И.И. Гипертрофия предстательной железы. М.: М, 1963. 216 с.
11. Тетрадов А.Н. Недержание мочи при напряжении у женщин. Кишинев: Картя молдавеняскэ, 1968. 206 с.
12. Тиктинский О.Л., Новиков И.Ф., Михайличенко В.В. Заболевания половых органов у мужчин. Л.: М, 1985. 296 с.
13. Эпштейн И.М. Недержание мочи. М.: Медгиз, 1949. 82 с.
14. Юнда И.Ф. Болезни мужских половых органов. Киев: Здоровья, 1989. 272 с.

THE RISK OF SUICIDE IN UROLOGICAL DISEASES

*B.Yu. Prilensky, A.V. Prilenskaya,
A.G. Buhna, R.I. Kabekova*

Tyumen state medical University, Tyumen

Summary: the article presents results of research in the field of psychiatric disorder by urologic diseases, results of analyzing their origin and a developed complex of treatment and rehabilitation measures. The work is based on non-selective clinical-psychopathological and experimental-psychological examination of 804 patients with various urological pathologies within the urological department.

Keyword: borderline mental disorders, urological disease, suicides, rehabilitation for urological diseases

ДЕВИАНТОЛОГИЯ

НЕСУИЦИДАЛЬНЫЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ (NSSI) И ИХ СВЯЗЬ С ЦИФРОВЫМИ ДАННЫМИ СОЦИАЛЬНОЙ СЕТИ

*В.Д. Евсеев¹, А.Г. Пешковская¹,
В.В. Мацуга², А.И. Мандель¹*

¹НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, г. Томск
²Томский государственный университет, г. Томск

По данным зарубежных исследований, число публикаций о самоповреждениях в социальных сетях достигает 2,4 миллиона ежегодно. Мы изучили данные 115 молодых мужчин – волонтеров исследования в возрасте 18-27 лет. Оценка несуицидальных самоповреждений проводилась в рамках критериев DSM-5 и шкалы самоповреждающего поведения (Польская Н.А., 2014). Оценка цифровых параметров проводилась на основе открытых и публично доступных данных социальной сети VK. В результате исследования выявлены статистически значимые связи между самоповреждающим поведением и параметрами онлайн-активности в социальной сети. Установлено, что несуицидальные самоповреждения ассоциированы с временем активности в социальных сетях, а также с особенностями потребления и продуцирования небезопасного контента агрессивного и депрессивного содержания.

Ключевые слова: несуицидальные самоповреждения, самоповреждающее поведение, акты самоповреждений, NSSI, цифровые маркеры, социальные сети, молодежь

Несуицидальные самоповреждения (self-injurious thoughts and behavior, non-suicidal self-injury (NSSI), self-harm) относится к любым преднамеренным самонаправленным действиям, которые приводят к повреждению организма без суицидального риска [1, 2, 3]. Эти действия обычно реализуются множеством способов – удары по телу, порезы и другие повреждения кожи, самоожог, создание препятствий для заживления ран и др. [4]. Исследования показывают, что число публикаций о самоповреждениях в социальных сетях Instagram и Tumblr, достигает 2,4 миллионов ежегодно [5]. Принимая во внимание широкое использование интернета и социальных медиа, цифровые данные могут иметь высокий потенциал для мониторинга психологического состояния [6], девиантного поведения [7] и факторов риска психических расстройств [5]. С учётом того, что несуицидальные самоповреждения представляют собой опасность для индивида и могут стать фактором риска для будущих суицидальных действий [8], всенаправленное изучение этого феномена является крайне актуальным.

Цель исследования: определить распространенность самоповреждающего поведения и его связь с параметрами онлайн-активности в социальной сети среди лиц молодого возраста.

Материал и методы.

Обследованы 115 молодых мужчин в возрасте от 18 до 27 лет. Средний возраст обследованных составил 19,68±2,07 лет). Оценка NSSI производилась в рамках критериев DSM-5 и шкалы самоповреждающего поведения [9], направленной на выявление и определение частоты намеренных актов самоповреждения: самопорезов, самоожогов, ударов кулаком по телу, ударов о твердые поверхности, расчесывания кожи, создания препятствий для заживления ран.

Цифровые данные социальной сети VK были выгружены с помощью платформы по работе с данными социальных сетей (lk.data.tsu.ru) Томского государственного университета. Алгоритмы платформы (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «VKApi8. Библиотека методов по выгрузке и анализу данных из социальной сети "ВКонтакте"» RU 2019662001 от 10.09.2019) разработаны на основе стандартных методов работы с интерфейсами прикладного программирования социальных сетей (Application Programming Interface, API).

Исследование одобрено локальным этическим комитетом Томского государственного университета, все участники исследования являлись волонтерами и подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

Статистический анализ (Statistica 10.0 for Windows) проведен на основе частотной и описательной статистики, непараметрического метода с использованием коэффициентов ранговой корреляции Тау Кендалла

Результаты и обсуждение.

В результате исследования выявлено, что 38,7% обследованных совершали акты самоповреждающего поведения. Определены виды и частота несуицидальных самоповреждений (табл. 1).

Для определения связи выявленных несуицидальных самоповреждений с цифровыми параметрами социальной сети проведен корреляционный анализ с использованием коэффициента Тау Кендалла (табл. 2).

С высокой частотой представлены следующие инструментальные самоповреждения – удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям, которые показали положительную корреляционную связь с потреблением видео с агрессивным содержанием (0,20; p=0,008) и депрессивным содержанием (0,23; p=0,002). Молодые люди, совершавшие самоожогоги, имели на своих страницах в социальной сети фотографии с агрессивным содержанием (0,25; p=0,001) и были преимущественно активны в социальной сети в вечернее (0,20; p=0,008) и ночное время (0,17; p=0,023).

Коррелятами для соматических самоповреждений, таких как удары по своему телу, стали депрессивный контент (0,21; p=0,005), фото и видео с депрессивным контентом (0,15; p=0,047) и контент о модификации тела (0,17; p=0,027), а также высокая активность в сети вечером и ночью (0,18; p=0,017/ 0,20; p=0,007). Наибольшее количество связей продемонстрировал соматический способ самоповреждения – выдергивание волос. Он оказался связан со всеми видами агрессивного содержания (контент, фото, видео, подписки). Расчесывание кожи и создание препятствий для заживления ран также оказались связаны с размещением фотографий и текстов агрессивным характером.

Таблица 1

Частоты распределения ответов по актам самоповреждений, в %

Действия, связанные с самоповреждением		никогда	один раз	иногда	часто
Инструментальные	1 Порезы режущими предметами	79,79	8,29	8,81	3,11
	2 Уколы или проколы кожи острыми предметами	84,46	8,81	5,70	1,04
	3 Самоожогоги	84,97	8,81	5,70	0,52
	4 Удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям	70,98	14,51	13,47	1,04
Соматические	5 Удары кулаком по своему телу	90,16	6,22	3,63	0,00
	6 Выдергивание волос	94,30	2,07	3,63	0,00
	7 Расчесывание кожи	82,38	6,22	10,88	0,52
	8 Обкусывание ногтей	72,02	8,29	15,54	4,15
	9 Создание препятствий для заживления ран	81,87	6,22	9,33	2,59
	10 Обкусывание губ	61,14	13,56	38,98	11,02
	11 Прикусывание щек или языка	78,24	6,22	13,99	1,55

Корреляции актов самоповреждений и цифровых данных социальной сети

СП / цифровые данные	Агрессивный контент на стене	Депрессивный контент на стене	Фото с агрессивным контентом	Фото с депрессивным контентом	Видео с агрессивным контентом	Видео с депрессивным контентом	Контент о модификации тела	Подписки Агрессивные	Депрессивные	Утро	День	Вечер	Ночь
Порезы режущими предметами	0,12	0,03	-0,10	0,06	0,08	-0,03	0,02	-0,14	0,02	0,10	0,14	-0,12	0,02
Уколы или проколы кожи острыми предметами	0,01	-0,10	-0,08	0,08	0,04	0,00	-0,13	-0,04	-0,03	-0,07	-0,03	0,22 p=0,004	0,34 p=0,000
Самоожоги	-0,12	0,01	0,25 p=0,001	-0,12	0,10	-0,12	-0,08	-0,02	-0,15	-0,08	0,11	0,20 p=0,008	0,17 p=0,023
Удары кулаком по своему телу	-0,06	0,21 p=0,005	0,09	0,15 p=0,047	0,02	0,15 p=0,047	0,17 p=0,027	-0,10	-0,13	-0,06	0,05	0,18 p=0,017	0,20 p=0,007
Удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям	0,08	-0,00	-0,02	0,17 p=0,021	0,20 p=0,008	0,23 p=0,002	0,07	0,01	-0,11	0,01	0,00	-0,08	0,14
Выдергивание волос	0,15 p=0,042	-0,03	0,19 p=0,012	0,15 p=0,047	0,19 p=0,013	0,15 p=0,047	-0,08	0,16 p=0,035	0,22 p=0,004	-0,06	0,04	-0,09	0,09
Расчесывание кожи	0,25 p=0,001	-0,09	0,23 p=0,002	0,11	-0,03	-0,10	0,03	-0,01	-0,10	-0,09	0,02	-0,14	0,18 p=0,014
Обкусывание ногтей	0,04	0,02	-0,06	0,04	-0,14	-0,04	-0,01	-0,08	-0,09	-0,11	0,14	-0,11	0,03
Создание препятствий для заживления ран	0,18 p=0,017	-0,05	0,22 p=0,004	0,05	-0,08	0,08	-0,06	0,02	-0,07	-0,09	0,03	-0,05	0,06
Обкусывание губ	-0,10	0,00	0,25 p=0,001	0,17 p=0,024	-0,14	0,02	0,01	-0,05	-0,05	0,16 p=0,034	0,02	-0,05	0,10
Прикусывание щек или языка	0,06	0,08	-0,11	0,24 p=0,002	-0,04	0,12	-0,04	-0,03	-0,04	-0,11	-0,04	0,09	-0,03

*Тау корреляции Кендалла. Отмеченные корреляции значимы на уровне $p < 0,05$

Выводы.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о связи несуицидальных самоповреждений и особенностей активности в социальных сетях. Исследование показало, что наиболее информативными параметрами онлайн-активности в отношении самоповреждений может быть время активности в социальных сетях, а также потребление и продуцирование небезопасного контента агрессивного и депрессивного содержания.

Литература:

- Nock M.K. Self-injury // *Annu Rev Clin Psychol.* 2010; 6: 339-363.
- Крылова Е.С., Бебуришвили А.А., Каледа В.Г. Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суицидальным поведением // *Суицидология.* 2019. Т. 10, № 1. С. 48-57. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-48-57
- Любов Е.Б., Зотов П.Б. Намеренные несуицидальные самоповреждения подростков. Часть I: поиск медицинской помощи, или «Путь далёкий до Типперери». *Суицидология.* 2020. Т. 11, № 2. С. 15-32. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-15-32
- Бохан Н.А., Евсеев В.Д., Мандель А.И., Пешковская А.Г. Обзор исследований несуицидальных форм самоповреждений по шкалам и опросникам NSSI // *Суицидология.* 2020; 11 (1): 70-83. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-70-83
- Moreno M.A., Ton A., Selkie E.M., et al. Secret society 123: Understanding the language of self-harm on Instagram // *J. of Adolescent Health.* 2016. V. 58, № 1. P. 78-84. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2015.09.015
- Сайфулин Э.Р., Палкин Р.В., Сапрыкин В.О., Гойко В.Л., Коварж Г.Ю., Орлов С.А., Шекотин Е.В., Кашпур В.В., Пешковская А.Г. База данных региональных сообществ ВКонтакте Томской области. Свидетельство о регистрации базы данных RU 2019622274, 05.12.2019. Заявка № 2019622166 от 22.11.2019.
- Peshkovskaya A., Mundrievskaya Y., Serbina G., Matsuta V., Goyko V., Feshchenko A. (2021) Followers of School Shooting Online Communities in Russia: Age, Gender, Anonymity and Regulations. In: Arai K., Kapoor S., Bhatia R. (eds) *Intelligent Systems and Applications. IntelliSys 2020 // Advances in Intelligent Systems and Computing, V. 1252.* Springer, Cham. DOI: 10.1007/978-3-030-55190-2_58
- Glenn C.R., Klonsky E.D. Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk // *Personal Individ Differ.* 2009. № 46. P. 25-29. DOI: 10.1016/j.paid.2008.08.020
- Польская Н.А. Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчёта) // *Консультативная психология и психотерапия.* 2014. № 2 (81). С.140-152.

NON-SUICIDAL SELF-INJURIES (NSSI) AND ONLINE SOCIAL NETWORKS

V.D. Evseev¹, A.G. Peshkovskaya¹,
V.V. Matsuta², A.I. Mandel¹

¹Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, RAS, Tomsk, Russia

²Tomsk State University, Tomsk, Russia

According to foreign studies, number of publications about self-harm on social networks reaches 2.4 millions annually. Here, we present data on self-harm and social media use of 115 young men aged 18-27 years. Assessment of non-suicidal self-injuries was carried out within DSM-5 criteria and a scale of self-harming behavior (Polskaya N.A., 2014). Digital footprints were collected from open data of social network VK. We found statistically significant links between self-injurious behavior and online activity. Non-suicidal self-injuries were associated with prolonged screen time and harmful content consumption.

Keywords: non-suicidal self-injury, self-harming behavior, self-harm, NSSI, social networks, youth

Исследование выполнено при поддержке РФФ, проект №19-78-10122.

ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ОРГАНИЧЕСКОГО РЕГИСТРА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

V.A. Рудницкий^{1,3}, М.Ф. Белокрылова^{1,2},
А.В. Диденко^{1,2}, А.К. Костин¹, В.Б. Никитина¹,
Е.М. Епанчинцева¹, Н.П. Гарганеева^{1,3},
И.А. Шелехов^{1,2}, Т.А. Булатова^{1,2}

¹НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, г. Томск

²Сибирский ГМУ, г. Томск

³Томский ГПУ, г. Томск

В настоящее время существует проблема недостаточной эффективности лечения психических расстройств, склонных к хроническому прогрессирующему течению, например психических нарушений органической природы. У данных пациентов в период пандемии отмечается усложнение их симптоматики, присоединение аффективных и поведенческих нарушений. Катамнез показал не достаточную устойчивость результатов терапии данных заболеваний. Факторами, ее снижающими, являются особенности самого органического процесса, а также присоединившиеся вторично депрессивные и поведенческие нарушения, в том числе и напоминающие разновидности девиантного поведения. В статье обсуждаются вопросы клиники, диагностики, терапии и реабилитации и преодоления негативных последствий для здоровья.

Ключевые слова: органические психические расстройства, аффективные и поведенческие нарушения, эпидемия, стресс, дезадаптация, социальные факторы, персонализированная терапия, психокоррекция, психофармакотерапия

Диагностика и поведение пациентов органического регистра всегда вызывали много вопросов, так как органический процесс в ЦНС может сопровождаться любой симптоматикой – от не резко выраженного астенического синдрома до тяжелой деменции, поведенческих, эмоциональных и психотических нарушений. В недавнем прошлом специфика и универсальность органической симптоматики нашли свое отражение в «кругах Снежневского», наглядно демонстрирующих данную проблему, и активно используемых в преподавании психиатрии в медицинских ВУЗах в конце советского периода отечественной психиатрии.

Однако данная ситуация и в настоящее время не утратила своей важности, лечение психических расстройств органического регистра остается сложной проблемой. С одной стороны [1], оно редко своевременно начинается (так как больные поздно доходят до психиатра, предпочитая работе с ним лечение у врачей соматического профиля). Существующие проблемы описываются также с точки зрения проблем лечебного альянса, несбалансированности оказания психиатрической помощи населению Российской Федерации, недостаточного взаимодействия между медицинскими службами психиатрической и общесоматической сети, а так же на разных этапах оказания специализированной врачебной помощи [1-4]. Пандемия коронавируса, охватившая практически всю нашу цивилизацию, оказалась и мощным психотравмирующим фактором, и значительно повлияла на привычные социальные сферы человека, и привела к существенным медицинским и социально - экономическим потерям [5]. Она не могла не отразиться на состоянии психического здоровья больных органического регистра, и на некоторых аспектах данной ситуации мы хотели бы остановиться в данном сообщении.

Цель исследования: изучить взаимосвязи клинических и социально-психологических факторов в период пандемии, влияющих на течение органических расстройств и их влияние их лечение и устойчивость его результатов.

Материалы и методы.

В клинике НИИ ПЗ Томского НИМЦ РАН в рамках государственного задания по разработке технологий лечения и реабилитации психических расстройств в период 2015-2020 гг. ежегодно проводились прикладные исследования в области терапии и реабилитации пациентов органического регистра. Пациенты проходили обследование и лечение на базе отделения пограничных состояний с последующим катамнестическим наблюдением. В 2020 г. также было начато аналогичное исследование, совпавшее с пандемией. Предварительные результаты данного прикладного клинического исследования и легли в основу данного сообщения.

Использовались клинико - психопатологический, клинико-динамический, клинико - катамнестический, психологический, статистический методы. Исследование прошло оценку локального этического комитета. Пациенты при включении в исследование заполняли информированное согласие.

Критерии включения: наличие у пациента непсихотических психических расстройств органического регистра. Критерии исключения: наличие эндогенных, аффективных и аддиктивных расстройств, а так же тяжелых соматических заболеваний в стадии обострения. Кроме того, были исключены органические аффективные расстройства для минимизации влияния аффективных механизмов (в интересах более однотипной выборки).

Исследование выполнено при бюджетном финансировании в рамках комплексной темы НИР "Комплексное исследование клинико - психопатологических закономерностей и патобиологических механизмов формирования и прогрессивности социально значимых психических и поведенческих расстройств с разработкой инновационных методов ранней диагностики, персонализированных стратегий терапии и профилактики", регистрационный номер: АААА-А19-119020690013-2.

Результаты. В 2020 году обследовано 56 пациентов с органическими непсихотическими психическими расстройствами в возрасте от 40 до 65 лет, группой сравнения было 50 пациентов с расстройствами адаптации со схожими возрастными и социальными характеристиками.

В нозологической структуре данных пациентов отмечается преобладание органических эмоционально лабильных расстройств. На втором месте были органические расстройства личности, наименее представлены в нозологической структуре органические тревожные расстройства. Органические аффективные расстройства в выборку не включались, так как предполагалось исключить изначально доминирующую аффективную проблематику. Пациенты проходили обследование и курсы индивидуально разработанных лечебно - профилактических мероприятий, реализованных в виде дифференцированных реабилитационных программ. Эффективность терапии оценивалась по шкале В.Я. Семке [6], согласно которой у всех пациентов в ходе лечения в клинике было достигнуто улучшение состояния (87,5% выраженное улучшение, шкала Б, 12,5% умеренное улучшение, шкала С). Полное выздоровление при органических психических расстройствах практически не встречается в связи с их прогрессивной природой.

Результаты, полученные в ходе обследования и лечения данной категории больных и катамнестического наблюдения, показали изменение структуры клинических проявлений и устойчивости результатов терапии, по сравнению с предыдущими годами. В целом, это выразилось в при-

соединении не свойственной ранее аффективной симптоматики и поведенческого компонента расстройств.

Первоначально, у пациентов, проходивших лечение в начале 2020 г. мы не отмечали принципиальной разницы. Однако с мая 2020 г. стало отмечаться увеличение удельного веса клинических проявлений аффективного спектра, прежде всего депрессивных и астено-дистимических, позже с присоединением эксплозивного, тревожного или ипохондрического компонентов. Данные клинические проявления не были интенсивно выраженными, соответственно, недостаточны для изменения нозологических форм заболеваний, но, ввиду их широкого распространения (встречались почти у всех, более 90% пациентов) влияли и на течение заболевания, и на состояние социальной сферы больных, и на процесс самого лечения. Они встречались во всех возрастных и гендерных (половых) подгруппах (различия не были достоверны, вероятно, в связи с небольшими выборками), однако были более выражены у больных старших возрастных подгрупп, что скорее всего свидетельствует о их большей уязвимости стрессу, и большей чувствительности к изменениям привычного образа жизни, вызванными проблемами самоизоляции и другими мерами ограничительного характера.

Схожим образом изменялись характеристики, выявляемые в ходе катамнестического наблюдения. Причем, это, по всей видимости, достаточно универсальная, общая для больных органического регистра тенденция, так как данные изменения прослеживались и у больных, проходивших лечение в текущем году в рамках данного прикладного исследования, так и у пациентов прошлых лет, катамнестические сведения которых удалось проследить в настоящее время. Результаты наших наблюдений позволяют предположить, что подобным образом на ситуацию с пандемией отреагировало большинство пациентов с церебрально-органическим процессом, хотя в тематике из психотравмирующих переживаний ситуация эпидемии редко занимала рейтинговые значения. Да и сами психотравмирующие ситуации и свои собственные чувства данные пациенты часто плохо интерпретируют, путая эмоциональную проблематику с соматической. Полагаю, мы имеем дело процессами, напоминающими алекситимию соматоформных пациентов [7, 8], причем с более выраженным не адаптивным поведенческим компонентом.

Для лучшего понимания можно подробнее остановиться на этапе самого сбора катамнестических сведений, так как тут были выявлены особенности, которых не отмечалось при исследованиях прошлых лет. Катамнестическое обследование столкнулось с большим числом субъективных сложностей, создаваемых пациентами. Несмотря на увеличившееся число и выраженность аффективной

симптоматики в динамике (с 19-29% в прошлые годы до 87,5% в 2020 г.) уменьшилось почти в 3 раза число пациентов, обращающихся за консультациями для коррекции лечения.

Пациенты чаще, чем прежде обращались к специалистам соматической медицины, и у тех из них, кто позже был все же осмотрен психиатром, отмечалось данными специалистами необходимость коррекции психического состояния именно в сферах органической, аффективной или поведенческой тематики. Мы отмечали снижение саногенной активности пациентов, что непосредственно влияло на эффективность и стабильность достигнутых результатов терапии. Субъективно больные это объясняли изоляционными мерами (например, не могли или не хотели приехать на консультацию к психиатру в связи со страхом заражения, при этом демонстрировали элементы аутодеструктивного и девиантного поведения - не пользовались средствами индивидуальной защиты, прерывали прием жизненно важных медикаментов; у части подобных пациентов отмечались не отмечавшиеся ранее эпизоды приема психоактивных средств и алкоголя, либо активно провоцировали ссоры, конфликты, приводящие к затяжным судебным разбирательствам, бракоразводным процессам, либо экономическим потерям и т.д. Чаще всего это носило протестный характер («назло родственникам»), либо было средством привлечения к себе внимания окружающих, но, примерно в четверти случаев, носило и элемент самонаказания. Данные варианты поведения в единичных случаях встречались и в прошлые годы, но никогда не носили систематического и массового характера, участились и стали нарастать в ситуации длительной самоизоляции. Данные явления, в принципе, распространены в обществе, и по данным СМИ и литературы участились во время пандемии [5]. Больные с психическими нарушениями органического регистра менее, чем остальная часть населения способны оптимально решать данные проблемы в виду наличия эмоциональной лабильности, когнитивных, поведенческих и аффективных проблем, и в ситуации психосоциального стресса они оказались более чувствительными к данному стрессу, не смотря на то, что в прошлом большая часть данных пациентов подобных поведенческих и эмоциональных нарушений не проявляли. В этом отношении они уступали и пациентом невротического профиля (на примере группы сравнения с расстройствами адаптации) и даже больным с расстройствами личности, что скорее все объясняется худшим пониманием своих эмоций и более искаженным представлением о себе и своей болезни, что способствует ослаблению приверженности терапии и сложностям субъективного характера в ее проведении. Вероятно, оценка аффективного компонента данных расстройств требует большего внимания, а

критерии данной оценки, в период стресса пандемии заслуживают пересмотра. Несмотря на то, что у наблюдаемых нами больных не было тяжелых депрессивных нарушений, вероятность их утяжеления существует. Кроме того, данные пациенты все же находились на психиатрическом наблюдении, и проходили терапию. Несмотря на то, что лечение данных пациентов трудно назвать идеальным (большая часть его активно избегали), но без него ситуация могла оказаться намного сложнее. Из средств СМИ и научной литературы известны случаи суицидального поведения хорошо обследованных пациентов предположительно органического профиля, столкнувшихся с интенсивным стрессом. Ведущие СМИ России длительное время обсуждали случаи суицидов пациентов старших возрастных групп, у которых было выявлено онкологическое заболевание и они не получили достаточной медикаментозной и психологической поддержки. Похожим образом [5], высказывается о развитии ситуации в пандемию Любов Е.Б. с соавторами (2020).

Полагаем, это связано с особенностями стресса пандемии, который в чем-то напоминает радиационный стресс и стресс боевых действий (комбатанты), или психогении, у пациентов, пострадавших от террористической угрозы. Мы в прошлом описывали данные феномены [9], у этих психогений есть общие черты, но это заслуживает более пристального изучения и выходит за рамки тематики данной работы.

Полагаем, что аффективную и поведенческую проблематику формирует сочетание психогении (риск заражения) и социогении (изменение привычного образа жизни, изоляционные меры). Вероятно, церебрально-органически процесс делает как биологические, так и психосоциальные механизмы адаптации больного к негативным изменениям менее гибкими, истощает, они как бы становятся более хрупкими, в результате чего хуже срабатывают у большинства пациентов. Это происходит не сразу, в наших наблюдениях присоединение данной часто встречающейся, но все же поддающейся коррекции симптоматики происходит отсрочено, в течение 2-6 месяцев, и если не принять своевременных мер данные аффективные и поведенческие нарушения могут стать затяжными и нарастающими. Способны ли они изменить нозологическую характеристику заболевания, пока говорить преждевременно, но такое вполне вероятно ввиду недостатка саногенных ресурсов «органических» больных. Снижение когнитивных процессов создает идеальные для болезни условия, так как механизмы психологической защиты и адаптации к социальной среде теряют свою эффективность. Кроме того, сам характер данных нарушений сам по себе не благоприятен. Аффективная составляющая обычно ухудшает течение любого психического или сома-

тического заболевания, к тому же несет в себе потенциальный суицидальный риск. В сочетании с поведенческими проблемами, и с особенностями самого органического процесса, ослабляющими когнитивную функцию и контроль за аффективной сферой, эта проблема может приобрести еще больший вес и новые дополнительные медицинские и социальные риски.

Во время пребывания в клинике пациенты проходили лечение с разработкой индивидуализированных реабилитационных комплексов. На этапе обследования и лечения в клинике НИИ ПЗ Томского НИМЦ РАН аффективная проблематика подвергалась коррекции, с разработкой соответствующих рекомендаций при выписке из стационара. Дальнейшие лечебно-профилактические меры осуществлялись представителями амбулаторных психиатрических служб, при этом врачи клиники оказывали консультативную помощь при обращении пациентов. На отдаленных этапах лечения и реабилитации стабильность полученных результатов, преемственность и непрерывность начатых стационарно лечебно-профилактических мероприятий была более уязвимой в 2020 г., по сравнению с исследованиями прошлых лет, что мы связываем преимущественно с психосоциальными последствиями пандемии. Больные с психическими нарушениями органического профиля относятся к более уязвимой части населения в отношении проблем медицинского и социально характера, психические расстройства, выявляемые у них – к социально значимым заболеваниям. В связи с этим пациенты данных категорий в разработке дополнительных мер помощи, лечения и реабилитации.

Литература:

1. Иванова А.А., Рудницкий В.А., Костин А.К. и др. Направления психологической помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 2 (87). С. 92-97.
2. Захаров В.В., Громова Д.О. Современные подходы к ведению пациентов с умеренными когнитивными нарушениями // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2017. Т. 117, № 3. С. 107-112.
3. Васильев В.В., Сергеева Е.А. Проявления суицидального поведения у больных органическими психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018. № 1. С. 62-68.
4. Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г. и др. Влияние аффективных расстройств с различным риском суицидального поведения на выживание больных, получающих консервативную терапию хронической ИБС и проживающих в Томске и Томской области // Суицидология. 2017. № 8 (3). С. 84-94.
5. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Положий Б.С. Пандемии и суицид: идеальный шторм и момент истины // Суицидология. 2020. Т. 11, № 1. С. 3-38.
6. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. Томск: Изд-во Томск. ун-та, 1999. 403 с.
7. Хритинин Д.Ф., Некрасов М.А. Медико-социальная характеристика внебольничного контингента психически больных // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. Т. 116, № 3. С. 63-67.
8. Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П., Лебедева В.Ф. и др. Алгоритм интегративной медицинской помощи и реабилитации лиц с сочетанной соматической и психической патологией // Мед. технология. Томск, 2013. 26 с.
9. Семке В.Я., Рудницкий В.А., Епанчинцева Е.М. и др. Сравнительная характеристика влияния интенсивных психотравм раз-

личной природы (на примере экологической катастрофы и боевого стресса) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2009. № 6 (55). С. 89-93.

PROBLEMS OF THERAPY IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS OF THE ORGANIC REGISTER DURING THE PANDEMIC PERIOD

V.A. Rudnitskiy^{1,3}, M.F. Belokrylova^{1,2},
A.V. Didenko^{1,2}, A.K. Kostin¹, V.B. Nikitina¹,
E.M. Epanchintseva¹, N.P. Garganeeva^{1,3},
I.L. Shelekhov³, T.A. Bulatova³

¹Mental Health Research Institute,
Tomsk National Research Medical Center, RAS, Tomsk
²Siberian State Medical University, Tomsk
³Tomsk state pedagogical university, Tomsk

Currently, there is a problem of insufficient effectiveness of treatment of mental disorders, prone to a chronic progressive course, for example, mental disorders of an organic nature. In these patients, during the period of a pandemic, there is a complication of their symptoms, the addition of affective and behavioral disorders. The follow-up showed insufficient stability of the treatment results for these diseases. The factors that reduce it are the features of the organic process itself, as well as secondary depressive and behavioral disorders that have joined, including those reminiscent of varieties of deviant behavior. The article discusses the issues of clinic, diagnosis, therapy and rehabilitation and overcoming negative health consequences

Keywords: organic mental disorders, affective and behavioral disorders, epidemic, stress, maladjustment, social factors, personalized therapy, psychocorrection, psychopharmacotherapy

СООТНОШЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРНЕТА С ЧАСТОТОЙ МЫСЛЕЙ О СМЕРТИ У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

О.М. Бойко

ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва

E-mail: Olga.m.boyko@gmail.com

В исследовании принял участие 81 мужчина в возрасте от 16 до 32. Для статистической обработки данных применялся U-коэффициент Манна-Уитни. Результаты показали меньшую частоту мыслей о смерти у мужчин, страдающих психическими заболеваниями, использующих интернет для поддержания контактов, в том числе с родственниками, а также для получения информации и для хозяйственных целей.

Ключевые слова: интернет, мысли о смерти, психическая болезнь

Новые технологии дают людям дополнительные возможности, при этом создавая новые риски. О влиянии интернет технологий на социальную адаптацию и психическое состояние людей накоплены противоречивые данные. С одной стороны, традиционно подчеркивается аддиктивная сторона

интернета и его негативное влияние на самооценку из-за формирования нереалистичных эталонов [7]. С другой стороны, интернет помогает удаленно поддерживать социальные контакты, работать, учиться, что может частично нивелировать разрушительное влияние психического заболевания на жизнь человека. [1] Психическое заболевание является значимым фактором, увеличивающим суицидальный риск, в связи с чем, представляется важным разностороннее изучение протективных факторов и факторов риска, в том числе создаваемых научно-техническим прогрессом. Мысли о смерти, с одной стороны, не являются однозначным показателем суицидального риска, так как являются частью нормального ощущения конечности существования и важны для адекватного тестирования реальности. С другой стороны, часто повторяющиеся мысли о смерти, особенно детализованные, рядом исследователей расцениваются как важный этап в формировании суицидального поведения. При высокой частоте повторяемости они выполняют функцию десенсибилизации, помогая человеку преодолеть страх перед смертью и суицидальным актом [6]. Кроме того, по данным исследования Чистопольской К.А. и Ениколопова С.Н., интенсивность мыслей о смерти может коррелировать с уровнем переживаемой депрессии [4].

Цель: Исследование соотношения характера использования интернет-технологий и интенсивности мыслей о смерти у мужчин, страдающих психическими заболеваниями.

Материалы и методы. Материалом стали данные обследования 81 мужчины, госпитализированного в отделение №4 ФГБНУ НЦПЗ. На момент обследования острота психического состояния была медикаментозно купирована, шел процесс подбора дозы поддерживающей фармакотерапии. Возраст участников варьировался от 16 до 32 лет. Диагностически состав группы был разнородным, однако формулировка диагноза не учитывалась при анализе данных т.к., зачастую, особенно при первом попадании в психиатрическую больницу и молодом возрасте пациента, диагноз формулируется с расчетом на облегчение дальнейшей социальной адаптации пациента. Для оценки особенностей использования интернета применялся полуструктурированный опросник, специально созданный для решения данной задачи. Он позволяет выделить следующие типы использования интернет-технологий: комплексные показатели «поддержка контактов» (объединяющий все виды коммуникативного использования интернет-технологий) «информационное использование», «развлекательное использование», «хозяйственное использование» (использование интернета для поиска и покупки необходимых товаров и услуг), а также частные показатели: «поддержание контактов с родными», «поддержание контактов со старыми друзьями»

ми», «поиск новых друзей», «использование социальных сетей», «коммуникативное использование социальных сетей», использование on-line игр, коммуникативное использование on-line игр, использование сайта знакомств. Из-за требований лечебного процесса и особенностей психического состояния некоторые испытуемые не полностью ответили на опросник, в связи с чем общее число участников, чьи данные были обработаны, варьируется от 79 до 81. Выраженность суицидальных побуждений оценивалась с помощью данных ответа на вопрос №59 «Насколько сильно Вас тревожили в течение последней недели мысли о смерти» опросника SCL-90-R [3]. Ответы оценивались по 5-бальной лайкертовской шкале от 0 – «совсем нет» до 4 – «очень сильно». Статистическая обработка данных проводилась в статпакете SPSS с использованием U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. Статистическая обработка показала следующие результаты. В выборке мужчин, страдающих психическими заболеваниями, использующих интернет для поддержания контактов (n=61) ниже частота мыслей о смерти (средний ранг = 37,34), чем у мужчин, страдающих психическими заболеваниями (n=19), не использующих интернет для поддержания контактов, у которых средний ранг составил 50.63 (U-Манна Уитни=387 при p=0,014).

Ниже частота мыслей о смерти и в группе использующих интернет для поддержания контактов с родными (средний ранг=33,72, численность группы 29 человек) по сравнению с группой психически больных мужчин, не использующих интернет для поддержания контактов с родными (средний ранг=44,35, численность группы 51 человек), значение U-Манна Уитни=543 при p=0,027.

Ниже частота мыслей о смерти в группе мужчин с психическими заболеваниями, использующих интернет для получения информации (сумма рангов=37, 76 при численности группы в 66 человек), чем у группы мужчин с психическими заболеваниями, не использующих интернет для получения информации (сумма рангов=51,38 при численности группы в 13 человек), значение U-критерия Манна Уитни=281 при p=0,027.

Ниже частота мыслей о смерти в группе мужчин с психическими заболеваниями, использующими интернет с хозяйственными целями (численность группы 33 человека, сумма рангов=33,91) чем в группе мужчин с психическими заболеваниями, не использующими интернет-технологии с хозяйственными целями (численность группы 48 человек, сумма рангов=45,88) значение U-критерия Манна Уитни=558 при p=0,012.

Обсуждение результатов.

Более низкая частота мыслей о смерти у мужчин, страдающих психическими заболеваниями, использующих интернет для поддержания контак-

тов может объясняться с нескольких точек зрения. С одной стороны, это может быть показателем лучшего по сравнению с другой группой, психического состояния. Другим объяснением может быть то, что поддерживая дистанционно контакт с другими людьми во время госпитализации в психиатрическую больницу, человек чувствует себя менее одиноким, более включенным в социум, что помогает планировать дальнейшую жизнь. В этом случае поддержание контактов с использованием интернета способствует реализации такой важной копинг-стратегии, как «обращение за социальной поддержкой», помогающей в «воображении хорошего исхода» [8], что способствует модерированию психической реакции на высоко стрессовую ситуацию, которой является обострение психического заболевания и госпитализация.

Снижение частоты мыслей о смерти в группе мужчин, использующих интернет для поддержания контакта с родными, может объясняться протективной ролью эмоционально поддерживающих отношений с родственниками. Так как, зачастую, круг общения человека, страдающего психическим заболеванием, сокращается до присутствия в нём только людей, связанных с ним только узами родства, эмоционально поддерживающие отношения с ними приобретают особую значимость [2].

Меньшая частота мыслей о смерти в группе, сообщающей о хозяйственном использовании интернета можно объяснить большей вовлеченностью человека в обыденную жизнь, и большей, по сравнению с представителями другой группы, компетентностью в её организации. Это может быть следствием меньшей выраженности сужения сознания, которая характерна для суицидального кризиса [5]. Кроме того, меньшая интенсивность мыслей о смерти также может быть связана с протективным влиянием ощущения собственной компетентности, которая подкрепляется возможностью использовать интернет в хозяйственных целях.

Использование интернет для поиска информации также может оказывать протективное действие, снижающее частоту мыслей о смерти, за счет повышения ощущения собственной компетентности, и, более того, может быть показателем большей уверенности в собственном будущем. В таком случае использование интернета для поиска информации помогает легче пережить сам факт госпитализации и формировать образ будущего, несмотря на текущую госпитализацию. Кроме того, возможность получать нужную информацию с использованием интернета может снижать частоту мыслей о смерти за счет создания занятости и формирования ощущения осмысленности времяпрепровождения.

Полученные результаты не дают возможность говорить о прямых причинно-следственных связях. Конечно, можно предположить, что использование

интернет-технологий для поддержания контактов, в том числе с родными, для поиска информации и для выполнения хозяйственных дел может быть следствием более хорошего психического состояния, что проявляется и в меньшей частоте мыслей о смерти. Однако, пример социальных навыков у психически больных, освоение которые оказывает доказанное протективное действие на качество ремиссии [2], даёт основания надеяться, что целенаправленное обучение мужчин, страдающих психическими заболеваниями, использованию интернета для поддержания контактов (в том числе с родными), поиска информации, использованию для решения хозяйственных вопросов, способно снизить их суицидальный риск. Это может быть использовано в работе, направленной на психосоциальную адаптацию психически больных.

Выводы: У мужчин, страдающих психическими заболеваниями, использование интернета как поддержание контактов, в том числе с родственниками, поиска информации и для решения хозяйственных вопросов соотносится со снижением частоты мыслей о смерти, что может указывать на возможность учёта данного фактора при разработке программ по психологической помощи.

Литература:

1. Бойко О.М., Ениколопов С.Н., Казьмина О.Ю., Рябцева В.М., Щелокова О.А. Пилотажное исследование поддерживающего потенциала использования Интернета в социальной адаптации психически больных [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2013. Т. 2, № 3.
2. Поляков Ю.Ф., Казьмина О.Ю., Крупышева И.Б. Сравнительное исследование особенностей социальной поддержки в системе межличностных взаимодействий здоровых испытуемых и больных юношеской малопрогредиентной шизофренией // Вестник Московского Университета. Серия 14: Психология. 1995. № 1. С. 24.
3. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса: СПб.: Питер, 2001.
4. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Проблема отношения к смерти после суицидальной попытки // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. № 2 (19). URL: <http://medpsy.ru>
5. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М., Смысл, 2001.
6. Mars B., Heron J., Klonsky E.D., et al. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study // *Lancet Psychiatry*. 2019. № 6. P. 327–337. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30030-6
7. Reed P., Bircek N.I., Osborne L.A., et al. Visual Social Media Use Moderates the Relationship between Initial Problematic Internet Use and Later Narcissism // *The Open Psychology Journal*. 2018. № 11. P. 163-170. DOI: 10.2174/1874350101811010163
8. Sapolsky R.M. Why zebras don't get ulcers: a guide to stress, stress related diseases, and coping. New York: W.H. Freeman, 1994.

RELATION BETWEEN PATTERNS OF USING THE INTERNET AND FREQUENCY OF THE THOUGHTS ABOUT DEATH IN MEN WITH MENTAL ILLNESS

O.M. Boyko

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

81 men aged between 16 to 32 years participated in the study. U-criteria Manna-Withney was used to statistical treatment of the data. The study showed that less frequency

thoughts of death in males with psychical illness, who use internet for communication (include communication with relative), to find information and addressing household and economic task.

Keywords: internet, thought of death, psychical illness

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ОСУЖДЕННЫХ, ЗА ПРЕСТУПЛЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА В ПЕРИОД ПЕРВИЧНОЙ АДАПТАЦИИ К МЕСТАМ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

А.В. Диденко

ТНИМЦ РАН, НИИ ПЗ, г. Томск
Сибирский ГМУ, г. Томск

E-mail: dedzone@yandex.ru

Представлен клиническо-психопатологический анализ реакций преимущественно характерологического типа у осужденных, в период первичной адаптации к местам лишения свободы, при отбывании уголовного наказания за преступления сексуального характера в отношении лиц, не достигших шестнадцатилетнего возраста. Всего обследовано 70 осужденных, из них, с дезадаптивным поведением в течение первых 6 месяцев нахождения в исправительном учреждении выделено 26 человек. У 12 осужденных выявлены три типа характерологических реакций, связанных с дезадаптацией: эксплозивная, паранойяльная и истерическая. Указанные адаптационные реакции характерологического типа требуют учета в работе с сексуальными преступниками с целью профилактики гетеро-аутоагрессивного поведения и прогнозирования дальнейшей адаптационной динамики личности в местах лишения свободы.

Ключевые слова: осужденные сексуальные преступники, характерологические реакции, места лишения свободы

Исследования социальной адаптации осужденных показывают, что социальная среда исправительных учреждений может способствовать как стабилизации психического состояния и выработке оптимального ритма функционирования индивида в местах лишения свободы, так и декомпенсировать психическое состояние, с формированием стойкой дезадаптации личности [5]. Первый контакт с пенитенциарной системой и его эффекты, в виде адаптационных реакций и состояний, являются одним из прогностических параметров дальнейшего функционирования личности в процессе отбывания наказания [1, 2]. В этой связи большую роль играют не только конституционально-биологические и индивидуально-психологические особенности личности осужденного, но и характер совершенных преступных действий (квалификация преступления), который напрямую определяет отношения к осужденному окружающих, стигмирует

личность в рамках пенитенциарного социума и определяет социальный прессинг, влияющий на психоэмоциональное состояние и реагирование личности [3, 4, 6]. С другой стороны, смена условий содержания в связи с перемещением осужденных из следственного изолятора после вынесения приговора в исправительное учреждение также связано с переживанием целого спектра психических состояний, сопровождающих процесс первичной адаптации к исправительному учреждению.

Цель исследования: Анализ основных реакций характерологического типа, возникающих у осужденных, в адаптационном периоде, при первичном отбывании уголовных наказаний в местах лишения свободы за преступления сексуального характера (развратные действия, изнасилование и др.), совершенные в отношении лиц, не достигших шестнадцатилетнего возраста.

Материалы и методы.

Был проведен первичный скрининг 70 осужденных мужского пола, впервые отбывающих уголовные наказания в местах лишения свободы за совершенные преступления сексуального характера в отношении лиц, не достигших шестнадцатилетнего возраста в исправительном учреждении строгого режима. Из общей группы в течение 6 месяцев после прибытия в исправительное учреждение были отобраны лица с проявлениями т.н. «нестабильной адаптации» к среде исправительного учреждения (n=26), выражающейся в поведенческих нарушениях, связанных с конфликтами с другими осужденными и администрацией исправительного учреждения, нарушениях режима отбывания наказания, послуживших причиной их постановки под наблюдение службы безопасности исправительного учреждения. Общая характеристика группы: средний возраст обследованных: 31,5±2,5; криминологическая характеристика: характерно преобладание действий, квалифицированных по статьям 131 или 132 УК РФ (n=25; 96,2%), сочетание статей УК РФ (131, 132, 135) встречалось лишь в одном случае; уровень образования: начальное общее образование (n=8; 30,7%), основное общее образование (n=6; 23,1%); среднее специальное образование (n=10, 38,4%); среднее общее образование (n=2; 7,8%); структура психических расстройств: расстройство личности (n=5; 19,2%); расстройство личности коморбидное с зависимостью от алкоголя (n=6; 23,1%) и с расстройством сексуального предпочтения в форме педофилии (n=2; 7,7%); органическое расстройство личности (n=2, 7,7%), психическое и поведенческое расстройство в результате употребления наркотиков опийной группы (n=1; 3,8%).

Методы исследования: клиничко - психопатологический, клиничко - динамический.

Результаты. В клиническом плане, у осужденных с нестабильной социальной адаптацией преимущественно характерологические нарушения

были отмечены у 12 осужденных (46,2%). У оставшихся осужденных с нестабильной адаптацией (n=14; 53,8%) симптоматика носила преимущественно невротический характер и проявлялась тревожными, ипохондрическими переживаниями на сниженном аффективном фоне. Характерологические нарушения, также проявлялись на нестабильном аффективном фоне, имели волнообразную динамику и возникали в связи с адаптационными трудностями на фоне низкой стрессоустойчивости личности. Наличие указанных проявлений вызывало трудности формирования устойчивого стабильного поведения в соответствии с предъявляемыми требованиями и связано со специфическими режимными нарушениями.

Эксплозивная симптоматика отмечалась у 6 осужденных (23,2%). Эксплозивный тип реагирования был предпочтительной формой реакции для осужденных с диагнозом эмоционально - неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип. Клинически эксплозивный синдром был хорошо дифференцируемым и представлял собой эпизоды аффективной взрывчатости, несдержанности, вспыльчивости, вплоть до физической агрессии, возникающей в ответ на ключевую для личности ситуацию. Особенностью эксплозивной симптоматики являлась низкая способность к самоконтролю в периоды аффективных разрядов. На момент обследования осужденные с эксплозивной симптоматикой испытывали трудности адаптации в исправительном учреждении, жаловались на неуживчивость с другими осужденными, проявляли нетерпимость к мнению окружающих. Отмечалась высокая вероятность совершения таким осужденным акта аутоагрессии или нападения на окружающих, что требовало постановки такого осужденного под профилактическое наблюдение отдела безопасности.

На момент обследования отмечались два варианта эксплозивной симптоматики: наиболее часто встречаемый тип – с преобладанием взрывчатости, готовности к немедленному реагированию на любой стимул (собственно эксплозивный вариант) и с преобладанием вязкой аффективности, педантичной аккуратности, мелочности, склонности к накоплению аффекта. Отмечалось проявление эксплозивных реакций на широкий спектр ситуаций, включающих в себя не только бытовые, межличностные конфликты, но и режимные требования и ограничения. Агрессивные вспышки были направлены не только на осужденных равного с ними социального статуса, но и на сотрудников исправительного учреждения. Отмечалось периодическое игнорирование режимных и административных средств контроля над поведением и сниженный ответ на социокультуральные контролирующие нормы. Характерно, что агрессивные вспышки в отношении осужденных более высокого социального статуса не отмечались.

Паранойяльная симптоматика отмечалась у 4 обследованных осужденных (15,4%). Ведущей в клинической картине была раздражительность и вспыльчивость, возникающая на основе подозрительности, недоверия к окружающим, а также наличие идей ущерба. Окружающие осужденные подозревались в нечестности, манипулятивном поведении, интригах, стяжательстве, мелких кражах имущества. Сотрудники исправительного учреждения подозревались в нечистоплотности и манипуляциях по отношению к осужденным. Наиболее характерной особенностью паранойяльной симптоматики являлась т.н. «борьба за справедливость приговора».

Характерно, что все обследованные осужденные, совершившие преступления сексуального характера в отношении лиц, не достигших половой зрелости, в той или иной форме заявляли о несправедливости приговора и назначенного наказания, неблагоприятном стечении обстоятельств («оказался не в том месте»), коррупции в рядах полицейских, которые заставили осужденного с помощью угроз или уговоров подписать показания против себя. Однако для осужденных, с паранойяльной симптоматикой, были характерными заявления о заговоре против них родственников, ближайшего окружения, завидовавших их материальному положению, а также тщательно спланированных против них матерями пострадавших детей, действий, по изоляции осужденных в места лишения свободы в наказание за отказ платить деньги, через ложные обвинения в сексуальных преступлениях. Указанная симптоматика в начале своего развития отличалась стойкостью (начиная с момента помещения осужденного в следственный изолятор), часто сочеталась с написанием кассационных, надзорных жалоб, попытками обжалования приговора, требованиями по проведению различных проверок материалов дела, привлечением внимания к делу различных правозащитных организаций и политических партий, подключением к борьбе ближайших родственников. В дальнейшем, после 6 месяцев отбывания уголовного наказания, паранойяльная симптоматика имела тенденцию к инкапсуляции и проявлению лишь только в разговоре с осужденным на данную актуальную тему. Поведенческие проявления постепенно сглаживались, упорство и стеничность требований в реализации поставленных целей постепенно снижалось. Тем не менее, осужденные с паранойяльной симптоматикой держались в отряде отгорожено, испытывали трудности в установлении контактов с окружающими, которые избегали общения с ними. Данные состояния квалифицировались как психозадаптационные реакции паранойяльного типа, при этом, личностный преморбид данных осужденных не играл существенной роли, поскольку симптоматика развивалась у личностей различного типа и с различными доминирующими радикалами, не обязатель-

но включающими паранойяльный. Пролонгирование симптоматики, ее устойчивость в течение года, у обследованных осужденных отмечалась в единичных случаях ($n=1$). Отмечалось сочетание паранойяльной симптоматики с угрозами совершения суицида, яркими аффективными вспышками, эмоциональными колебаниями, направленными на привлечение внимания, прежде всего, сотрудников исправительного учреждения.

Характерологические проявления истерического типа были представлены у двух осужденных из группы (7,7%). Анализ истерических характерологических проявлений у осужденных сексуальных преступников показал разнородность симптоматики, включающей как чисто истерические черты и способы реагирования (т.н. «облигатные черты»), так и «факультативные личностные радикалы» чаще всего в виде возбудимых (эмоционально неустойчивых черт), и в сочетании с истеро-ипохондрическими. У двух осужденных из обследованной группы отмечался т.н. смешанный вариант (сочетание истерического, возбудимого, ипохондрического радикалов).

Анализ медицинской документации и клинические наблюдения в динамике показали, что для истерического синдрома у осужденных с нестабильной социальной адаптацией была характерна следующая динамика развития. На момент прибытия в исправительное учреждение отмечались преимущественно т.н. экспрессивные типы истерического реагирования в виде склонности к яркому, бурному выражению чувств, тяге к самопоказу, самовосхвалению и упорству в отстаивании узкоэгоистических интересов, временами, в сочетании с активно высказываемыми суицидальными мыслями. Указанные проявления требовали медикаментозной коррекции. В дальнейшем, симптоматика имела тенденцию к волнообразному течению, с высокой зависимостью от влияния социальных факторов, условий отбывания наказания. Другими словами, в силу низкой способности осужденных к компенсации имевшихся личностных радикалов, низкой стрессоустойчивости, проявления симптоматики определялись социальной средой.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ проявлений адаптационных реакций на помещение в места лишения свободы осужденных, совершивших преступления сексуального характера в отношении лиц, не достигших шестнадцатилетнего возраста показал, что данный характерологический вариант поведения, являясь дезадаптивным, отличается сочетанием аффективной нестабильности со стойкими характерологическими реакциями в виде протеста, отрицания факта совершения преступления, выражения прямой и косвенной агрессии, чаще направленной на сотрудников исправительного учреждения, а также привлечения внимания сотрудников исправительного учреждения

угрозами совершения суицида или суицидальными попытками. Наличие дезадаптивных форм поведения требует применения активных мер со стороны администрации исправительного учреждения по стабилизации адаптации в социальной среде, разрешения конфликтных ситуаций, оказания медико-психологической помощи. Однако преобладание актуальной симптоматики в виде указанных характерологических проявлений, с наличием когнитивных, эмоциональных нарушений у данных лиц, обусловленных влиянием коморбидной психической патологии в виде выявляемых расстройств личности с зависимостью от психоактивных веществ, расстройств сексуальной сферы (парафилия) может отражаться на эффективности психофармакотерапии и психотерапии в местах лишения свободы. В этой связи, требуется реализация комплексного подхода в работе с осужденными сексуальными преступниками в местах лишения свободы, включающего в себя не только психолого-психиатрические вмешательства, но и работу с социальным окружением осужденных, включая формирование безопасной социальной среды исправительного учреждения.

Литература:

1. Варданян К.К. Донозологическая диагностика в практике медико-психологического обследования спецконтингента пенитенциарной системы // Девiantология. 2019. Т. 3, № 2. С. 3-8.
2. Диденко А.В., Писарев О.М., Аксенов М.М., Перчаткина О.Э. Особенности суицидального (аутоагрессивного) поведения у осужденных с расстройствами личности в период отбывания наказания в местах лишения свободы // Суицидология. 2019. Т. 10, № 3 (36). С. 59-73.
3. Диденко А.В., Степанова Э.В., Палатов С.Ю., Лебедев М.А. Особенности адаптации к местам лишения свободы осужденных, впервые отбывающих уголовные наказания за педофилию // Медицинский вестник МВД. 2015. № 1. С.63-67.
4. Кузнецов П.В. Способы и средства суицидальных попыток мужчин, содержащихся под стражей // Суицидология. 2013. Т. 4, № 3. С. 64-70.
5. Сандомирский М.Е. Состояние психической адаптации в условиях хронического психоэмоционального стресса в связи с личностно-типологическими характеристиками: Автореф. дисс. ... канд. мед. н. Оренбург, 2001.
6. Ryan C.W. Hall, and Richard C.W. Hall A Profile of Pedophilia: Definition, Characteristics of Offenders, Recidivism, Treatment Outcomes, and Forensic Issues // Mayo Foundation for Medical Education and Research. April 2007. V. 82, № 4. P. 457-471.

THE FEATURES OF CHARACTEROLOGICAL REACTIONS FROM THE PRISONERS FOR CRIMES OF A SEXUAL NATURE DURING THE PERIOD OF PRIMARY ADAPTATION TO THE PRISON

A. V. Didenko

Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of the RAS, Tomsk, Russia
Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

The article presents a clinical and psychopathological analysis of reactions of mainly characterological type in convicts, during the initial adaptation to the prison, while serving a criminal sentence for sexual crimes against persons under the age of sixteen. A total of 70 convicts were examined, 26 of

them with maladaptive behavior during the first 6 months of their stay in a correctional institution. Three types of characterological reactions associated with maladaptation were identified in 12 convicts: explosive, paranoid, and hysterical. These adaptive responses of the characterological type need to be taken into account when working with sexual offenders in order to prevent hetero-autoaggressive behavior and predict further adaptive dynamics of the individual in prison.

Keywords: convicted sex offenders, characterological reactions, prisons

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ НИКОТИНА У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА

Е.Д. Счастный¹, И.И. Украинцев²,
Н.А. Бохан^{1,2,3}

¹НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, г. Томск

²Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

³Томский государственный университет, г. Томск

E-mail: evgeny.schastnyy@gmail.com

Для выявления никотиновой зависимости у 178 студентов первого курса, одного из университетов г. Томска, (мужчин – 50 (28,1%; медиана возраста – 19 (18; 21) лет), женщин 128 (71,9%); медиана возраста – 19 (18; 20) лет) применялся тест Фагерстрёма. Получены данные о зависимости от никотина у студентов первого курса: никогда не курили – 59,0%, курили раньше – 12,4%, курят в настоящее время – 21,9%, курят в настоящее время системы электрического нагревания табака (ЭНТ) – 6,7%.

Ключевые слова: зависимость от никотина, студенты, ВУЗ

Активное и пассивное курение табачного дыма является вторым ведущим фактором риска ранней смерти и инвалидности во всем мире [1, 2]. С 1990 года табакокурение ежегодно уносит более 5 миллионов жизней, особенно в странах с низким уровнем дохода. Негативные последствия курения выходят далеко за рамки здоровья отдельных лиц и населения [3], поскольку с курением связаны ежегодное снижение производительности труда и расходы на здравоохранение. Современные данные свидетельствуют о том, что почти 9 из 10 нынешних курильщиков начали курить до совершеннолетия, а 98% курильщиков впервые сталкиваются с курением табака до 26 лет [4].

Противодействие табачной промышленности по вовлечению новых курильщиков осложняется существенными социальными, демографическими и экономическими сдвигами, происходящими во всем мире [5, 6, 7]. Крайне важное значение имеют последовательные политические меры против табака и своевременный мониторинг моделей курения [8, 9]. При разработке конкретных мер Мин-

здрав России планирует сократить к 2035 году число курильщиков с 29% до 21%.

Цель: изучение никотиновой зависимости у студентов первого курса, обучающихся в классическом университете г. Томска.

Материалы и методы: при изучении частоты встречаемости табакокурения использовался тест Фагерстрёма [10] для выявления тяжести никотиновой зависимости. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета стандартных статистических программ Microsoft Excel 2019 и непараметрического критерия Пирсона χ^2 . Достоверным считались различия при $p < 0,05$.

Результаты: на момент исследования стаж курения студентов ($n=71$) составил – медиана (МЕ) – 2,0 (2,0; 4,0) года (минимум – 1,0 год, максимум – 8,0 лет). По уровню статистической значимости не выявлены половые различия по данному показателю: у мужчин ($n=22$) стаж курения составил 2,5 (2,0; 3,0) года, у женщин ($n=49$) – 2,0 (2,0; 4,0) года. Было выявлено преобладание не курящих студентов – 59,0% (105 человек) по сравнению с употребляющими никотин ранее и в данный момент – 41,0% ($n=73$) ($p=0,001$).

Таблица

Частота встречаемости никотиновой зависимости

Показатель	Вся группа		Мужчины		Женщины	
	n	%	n	%	n	%
Не курят	105	59,0	28	56,0	77	60,2
Курили ранее	22	12,4	6	12,0	16	12,5
Курят в настоящее время	39	21,9	14	28,0	25	19,5
Курят в настоящее время ЭНТ	12	6,7	2	4,0	10	7,8
Всего	178	100	50	100	128	100

Как видно из данной таблицы, в настоящее время курят 28,6% (51 человек), среди которых 12 человек (6,7%) курят системы электрического нагревания табака. По уровню статистической значимости не выявлены половые различия в данной группе студентов, зависимых от никотина (мужчины – 16 (32,0%), женщины – 35 (27,3%); $p=0,533$).

Помимо этого, была проанализирована выраженность зависимости от никотина по тесту Фагерстрёма. Так, очень низкая и низкая зависимость отмечалась у 41 студента (57,0%), средняя – 14 (19,4%), высокая и очень высокая – у 17 студентов (23,6%) соответственно ($p=0,001$).

Анализ полученных данных показывает статистически значимые различия при сравнении мужчин и женщин по тесту Фагерстрёма при средней выраженности зависимости от никотина (2 (9,1%) и 12 (24,0%) соответственно; $p = 0,016$). Статистически значимые различия не выявлены при очень низкой и низкой зависимости (14 (63,6%) и 27 (54,0%) соответственно; $p=0,242$), а также при вы-

сокой и очень высокой зависимости от никотина (61 (27,3%) и 11 (22,0%) соответственно; $p=0,461$).

Выводы: данные тестирования студентов первого курса классического университета г. Томска выявили высокую частоту никотиновой зависимости, как у мужчин, так и у женщин. Однако наблюдается превалирование очень низкой и низкой зависимости от никотина в отличие от средней, высокой и очень высокой. Проведенное исследование может быть полезным при осуществлении медико-психологической помощи студентам и минимизации риска данной формы девиантного поведения.

Литература:

1. GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015 // *Lancet*. 2017. V. 389 (10082). P. 1885–1906.
2. Forouzanfar M.H., Afshin A., Alexander L.T. et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // *Lancet*. 2016. V. 388. P. 1659–1724.
3. Ekpu V.U., Brown A.K. The economic impact of smoking and of reducing smoking prevalence: review of evidence // *Tob Use Insights*. 2015. V. 8. P. 1–35. DOI: 10.4137/TUIS15628
4. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2014.
5. Jha P. Deaths and taxes: stronger global tobacco control by 2025 // *Lancet*. 2015. V. 385. P. 918–920.
6. *Lancet* T. What will it take to create a tobacco-free world? // *Lancet*. 2015. V. 385. P. 915. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60512-8
7. Gilmore A.B., McKee M. Moving East: how the transnational tobacco industry gained entry to the emerging markets of the former Soviet Union – part I: establishing cigarette imports // *Tob Control* 2004. V. 13. P. 143–150 DOI: 10.1136/tc.2003.005108
8. Blecher E., Ross H. Tobacco use in Africa: tobacco control through prevention. Atlanta, GA, USA: American Cancer Society. 2013.
9. Amos A., Greaves L., Nichter M., Bloch M. Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice // *Tob Control* 2012. V. 21. P. 236–243.
10. Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Fagerström K.O. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire // *Br J Addict*. 1991. V. 86, № 9. P. 1119–1127.

NICOTINE DEPENDENCE IN FIRST-YEAR STUDENTS

E.D. Schastnyy¹, I.I. Ukraintsev², N.A. Bokhan^{1,2,3}

¹Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center. RAS, Tomsk, Russia

²Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

³National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

E-mail: evgeny.schastnyy@gmail.com

To detect nicotine dependence in 178 first-year students of one of the universities of Tomsk (men – 50 (28.1%; median age – 19 (18; 21) years), women 128 (71.9%); median age – 19 (18; 20) years) the Fagerström Test was used. Data were obtained on nicotine dependence among first-year students: they never smoked – 59.0%, smoked before – 12.4%, currently smoke – 21.9%, currently smoke heated tobacco products (HTP) – 6.7%.

Keywords: nicotine dependence, students, higher school

Исследование выполнено в рамках государственного задания (бюджетное финансирование в рамках комплексной темы НИР АААА-А19-119020690013-2.

ПОДАВЛЕННАЯ АГРЕССИЯ КАК ПРИЧИНА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Д.Г. Антомян

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень

В статье представлены результаты оценки агрессивности среди студентов медицинского университета. Использован опросник Басса-Дарки в редакции Г.В. Резапкиной для диагностики агрессивных и враждебных реакций. Выявлен уровень подавленной агрессии. По результатам были предложены меры коррекции.

Ключевые слова: агрессия, девиантное поведение, студенты

Проявление агрессии – распространенное явление в современном обществе, ибо с каждым годом растет число людей с агрессивным поведением. Особой опасностью является то, что в современном российском социуме не распространено выражать свои эмоции. Все проблемы и переживания внутри человека переходят в подавленную форму, которая потом является причиной девиантного поведения.

Агрессия – здоровое действие, присущее человеку от природы, являясь способом выразить себя [1]. Но на сегодня существуют определенные нормы и идеал человека, которому не свойственна агрессивность: он всегда сдерживает свои эмоции. Все негативные эмоции и естественная агрессия обращаются внутрь, на самого человека [3]. В этот момент, когда весь этот груз остается внутри, зарождается подавленная агрессия. Она копится, и после выражается в желании сделать другому человеку плохо. Особенностью подавленной агрессии среди студентов-медиков является то, что внутренний конфликт усугубляется осознанием особой ответственности (“я же будущий врач!”, “я не имею право проявлять такие эмоции”, “я должен”). Так, подавленная агрессия среди студентов бессознательно проявляется в желании спорить с преподавателями, недовольством, опозданиях. В дальнейшем человек рисует на партах, оставляет жевательные резинки под стульями, мусорит. Отсутствие решений проблем ведет человека по пути девиантного поведения, в конечном счете, последствия когда-то подавленных эмоций окажутся деструктивными для личности: пониженный энергетический тонус, ухудшение качества жизни, психосоматические расстройства, жестокость, тревога, постоянное чувство вины и обиды [4].

Цель исследования: выявление подавленной агрессии среди студентов Тюменского ГМУ.

Материал и методы: Для выявления агрессивности среди студентов медицинского университета был использован опросник Басса-Дарки в редакции Г.В. Резапкиной для диагностики агрессивных и враждебных реакций [2].

Авторы выделили несколько типов реакций: физическая агрессия, косвенная, раздражение, негативизм, обида, подозрительность, вербальная агрессия, чувство вины. Студентам Тюменского ГМУ 1-3 курсов в возрасте от 17 до 22 лет, среди которых было 114 девушек и 36 юношей, было предложено ответить на 40 вопросов.

Результаты: По итогам тестирования был выявлен значительный уровень агрессивности среди студентов. Среди будущих врачей самый низкий уровень показателей обидчивости (лишь на один вопрос данного типа был дан ответ “Да” более чем у 50% – на вопрос “Обычно я стараюсь скрывать плохое отношение к людям” ответили “Да” 80% респондентов) и физической агрессии (самый большой показатель у утверждения “На удар я отвечаю ударом” – 50%). Преобладают раздражение и чувство вины. Чувство вины является также проявлением неуверенности в себе, что можно воспринимать как отголоски нерешенных проблем со школьных лет. Из 5 вопросов, касающихся типа “Чувство вины”, на 3 вопроса был дан утвердительный ответ более чем у 50% опрошенных (“Если я кого-то обманываю, то испытываю угрызения совести” – 76,7% людей ответили “Да”, “Иногда мне на ум приходят мысли, которых я стыжусь” – 55,3% студентов, “Люди, уваливающие от работы, должны испытывать чувство вины” – 72% людей согласны с данным утверждением). Раздражение стоит принимать как основу для развития косвенной и физической агрессии. Из 5 вопросов, касающихся типа “Раздражение”, на 4 вопроса был дан утвердительный ответ более чем у 50% студентов (“Я легко раздражаюсь, но быстро успокаиваюсь” – 68% респондентов, “Иногда люди раздражают меня просто своим присутствием” – 71,3% респондентов ответили “Да”, “Я могу нагрубить людям, которые мне не нравятся” – 58%, “Я раздражаюсь из-за мелочей” – 52% опрошенных согласны с утверждением). Исследуемая агрессивность выражается как совокупность физической агрессии, раздражения и вербальной агрессии и имеет среднее значение для опрошенных студентов в 45,4%; враждебность, как специфическая система оценок [5], – совокупность обидчивости и подозрительности, имеющая значение в 36,7%.

Выводы: Нужно анализировать причины появления агрессии и научиться правильно высвобождать. Рекомендуется заниматься спортом, в котором есть возможность проявить свою силу, умения и лидерство. Также поможет творчество. Необходи-

мо уметь направлять чувства в правильное русло для сохранения внутренней гармонии и психологического здоровья. Также для создания мирной и комфортной атмосферы рекомендуется обеспечить кафедры местом для отдыха, большим количеством комнатных растений, предметами интерьера, информационными стендами и буклетами.

Литература:

1. Изард К. Психология эмоций. СПб.: Питер, 2000.
2. Резапкина Г. В. Психология и выбор профессии. М.: Генезис, 2010. 144 с.
3. Соловьева С.Л. Агрессивное поведение и агрессивность как свойство личности // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1995. № 3-4. С. 13-20.
4. Хлыстова Н.М. Социально-психологическая причинность агрессивности личности: Дис. ... канд. психол. наук. Новосибирск, 2003. 171 с.
5. Ярмоленко Г.П. Проявление агрессивности и враждебности в межличностном взаимодействии (На примере студенческой молодежи): Дис. канд. ... психол. наук. СПб, 2004. 161 с.

SUPPRESSED AGGRESSION AS A CAUSE OF DEVIANT BEHAVIOR OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

D.G. Antonyan

Tyumen State Medical University, Russia

The article presents the results of assessing aggressiveness among medical University students. Used the questionnaire bass-evil Durka in the edition of G. V. Resorcinol for the diagnosis of aggressive and hostile reactions. The level of suppressed aggression was revealed. Based on the results, correction measures were proposed.

Keywords: aggression, deviant behavior, students

ЗНАЧЕНИЕ СТИЛЕЙ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕВИАНТНОГО МАТЕРИНСТВА

И.А. Шелехов, Г.В. Белозёрова, В.А. Рудницкий

Томский государственный педагогический университет, г. Томск

В статье приведена развернутая характеристика трех стилей переживания беременности: адекватного, тревожно-амбивалентного, эмоционально отстраненного. Делается акцент на преемственности стиля переживания беременности и последующих материнско-детских взаимоотношений, девиантного материнства. Рассматривается возможность ранней диагностики девиантных форм материнского поведения.

Ключевые слова: личность, женщина, беременность, материнство

Результаты исследований свидетельствуют о преемственности стилей переживания беременности и последующих материнско-детских взаимоотношений [1]. Выделяются три основных стиля переживания беременности, оказывающих влияние на дальнейшие материнско-детские взаимоотно-

шения: 1) адекватный; 2) тревожно - амбивалентный; 3) эмоционально отстранённый.

Приведем развернутую характеристику каждого стиля материнско-детских отношений.

1. Адекватный стиль переживания беременности, сложившийся к её концу, устойчиво коррелирует с ценностью ребёнка и с адекватностью материнского отношения к нему.

2. Тревожно-амбивалентный стиль переживания беременности коррелирует с пониженной или неадекватно завышенной ценностью ребёнка и тревожно-амбивалентным стилем материнского отношения. Следовательно, при обследовании беременных женщин можно с высокой степенью вероятности прогнозировать девиантные формы материнского поведения [2].

Для женщин с тревожно-амбивалентным переживанием беременности ребёнок является амбивалентным объектом, с ним связано большое количество символов [3]. С одной стороны, ребёнок – источник психологических проблем и отрицательно окрашенных эмоциональных переживаний: тревоги и страха, сомнений и чувства вины. С другой стороны, ребёнок – символ взросления женщины, воплощение её сексуальной состоятельности, социального статуса; реальная возможность соперничества с собственной матерью. Беременная приписывает будущей бабушке то же отношение. Ей кажется, что это именно мать соперничает с ней («будет трудно жить с мамой, она будет во всё соваться», «маме кажется, что она более опытна в вопросах воспитания») [4].

В первом триместре для женщин с подобным стилем переживания беременности характерны тревога, беспокойство, страхи. Соматический компонент выражен по типу болезненного состояния; эмоции – повышенная тревожность или гипотимия. Во втором триместре тревога усиливается, появляется клиническая картина большого депрессивного расстройства. В третьем триместре к имеющимся проявлениям присоединяется страх за исход родов. Особенностью является полярность соматических и эмоциональных проявлений, сопровождающих восприятие и переживание матерью шевеления ребёнка, характерно возникновение болевых ощущений, а также ссылки на внешние обстоятельства, мешающие благополучному переживанию беременности.

3. Эмоционально-отстранённый стиль переживания беременности. На протяжении всей беременности и после родов нет никакой динамики. В первом триместре эмоционально-отстранённое переживание беременности выступает в трёх относительно разных вариантах.

Вариант 1. Поздняя идентификация беременности, сопровождающаяся чувством досады или неприятного удивления, соматический компонент отсутствует.

Вариант 2. Идентификация беременности сопровождается восприятием её как кары или поме-

хи. Все соматические и психические реакции резко выражены, имеют отчётливую негативную эмоциональную окраску. Первое шевеление ребёнка (второй триместр) замечается очень поздно, дифференцированное отношение к характеру шевеления отсутствует, восприятие его окрашено, прежде всего, неприятными физиологическими ощущениями, сопровождается чувством неудобства, даже брезгливости. В третьем триместре, по мере приближения конца беременности, возможны возникновения депрессивных или маниакальных состояний. Нередко появляются соматические осложнения. Ярко выраженной динамики эмоционального состояния по всем триместрам не наблюдается, в ряде случаев перед родами отмечается психомоторная возбудимость. Однако аффективная активность связана не столько с ребёнком, сколько с окончанием беременности, которая воспринимается как состояние, вызывающее физические неудобства.

Вариант 3. Третий вариант эмоциональной отстранённости – эйфория, когда соматическое и психическое состояние носит неадекватно положительную окраску. Отмечается не критическое отношение к возможным проблемам беременности и материнства, затруднения описания характера шевеления ребёнка. Перед родами обычно возникают соматические и психические осложнения.

Эмоционально-отстранённый стиль переживания беременности трансформируется в аналогичный стиль материнского эмоционально отстранённого, регулирующего отношения, который отрицательно сказывается на материнско-детских взаимоотношениях, психологическом комфорте ребенка, его психическом развитии и социализации. Вместе с тем, указанные стили плохо поддаются психологической коррекции как в период беременности, так и после родов.

Проведённые исследования выявили, что ребёнок для женщины с эмоционально-отстранённым стилем переживания беременности – источник психологических проблем, тревоги и страха. Женщине кажется, что ребёнок недоступен для контакта. Во внутренней картине мира будущей матери ребенок представляется как нечто малоценное, незначительное, далёкое от неё; она сама и её мать выглядят гораздо более масштабными и значимыми фигурами. Собственной матери будущая роженица приписывает то же отношение к новорожденному, которое свойственно ей самой: бабушка должна отвергать малыша [4-11].

Выводы.

Выделяются три основных стиля переживания беременности, оказывающих влияние на дальнейшие материнско-детские взаимоотношения: адекватный, тревожно-амбивалентный, эмоционально отстранённый.

Клиническая картина тревожно - амбивалентного, эмоционально-отстранённого стиля пережи-

вания беременности сходна с проявлениями внутриличностного конфликта и вызванного им неврозов и/или невротоподобных расстройств.

Наиболее сложным для психологической коррекции является эмоционально-отстраненный стиль переживания беременности. Существует о преемственность стилей переживания беременности и материнского отношения к ребёнку.

Ранняя диагностика нарушений в переживании беременности позволяет проводить своевременную профилактику и психокоррекцию нарушенных материнско-детских взаимоотношений, девиантных форм материнского поведения.

Литература:

1. Nonnenmacher N., Noe D., Ehrenthal J. C., Reck C. Postpartum bonding: the impact of maternal depression and adult attachment style // Arch Womens Ment Health. 2016. V. 19, № 5. P. 927-935.
2. Брутман В. И., Варга А. Я., Хамитова И. Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психологический журнал. 2000. Т. 21, № 2. С. 79-87.
3. Шелехов И.Л., Белозёрова Г.В. Личностные аспекты адаптации в исследовании образов, символов, сюжетов сновидений: Монография. Томск: Изд-во Томского гос. пед. ун-та, 2016. 420 с.
4. Филиппова Г. Г. Психология материнства: Учеб. пос. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. 240 с.
5. Хамитова И.Ю. Семейная история: влияние на переживание женщиной беременности и родов // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 3 (30). С. 125-150.
6. Шелехов И.Л., Уразаев А.М. Психологическая коррекция девиантных форм материнского поведения. Томск: Изд-во Том. гос. пед. ун-та, 2009. 128 с. ISBN 978-5-89428-299-2.
7. Шелехов И.Л. Системные исследования в психологии: в 2 т. Т. 1: Личность в контексте системных исследований: монография; ФГБОУ ВО «Томский государственный педагогический университет». Томск: Издательство Томского государственного педагогического университета, 2019. 256 с. ISBN 978-5-89428-897-0
8. Эйдемиллер Э., Никольская И., Юстицкий В. и др. Системная семейная психотерапия / под ред. Э. Эйдемиллера. С-Пб: Питер, 2002. 368 с.
9. Гушина Т. В. Девиантное материнство как фактор социального кризиса семьи // Синапс. 2004. № 3. С. 37-42.
10. Берестнева О.Г., Шелехов И.Л., Уразаев А.М. Системные исследования и информационные технологии в задачах изучения социально-психологических аспектов репродуктивной функции женщин: коллективная монография. Томск: Издательство Томского государственного педагогического университета, 2010. 188 с. ISBN 978-8-89428-511-5
11. Granat A., Gadassi R., Gilboa-Schechtman E., Feldman R. Maternal depression and anxiety, social synchrony, and infant regulation of negative and positive emotions // Emotion. 2017. Feb; V. 17, № 1. P. 11-27.

THE IMPORTANCE OF PREGNANCY EXPERIENCE STYLES FOR EARLY DIAGNOSIS OF DEVIANT MOTHERHOOD

I.L. Shelekhov, G.V. Belozerova, V.A. Rudnitsky

Tomsk State Pedagogical University, Tomsk

The article provides a detailed description of three styles of pregnancy experience: adequate, anxious-ambivalent, emotionally detached. Emphasis is placed on the continuity of the style of experiencing pregnancy and subsequent maternal-child relationships, deviant motherhood. The possibility of early diagnosis of deviant forms of maternal behavior is considered.

Keywords: personality, woman, pregnancy, motherhood

СОСТОЯНИЯ ИЗМЕНЕННОГО СОЗНАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ ПИЩЕВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Б.Ю. Приленский, А.В. Приленская, А.Г. Бухна, Р.И. Канбекова

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень

Обсуждаются состояния измененного сознания и психотерапия пищевой зависимости. С учетом этого авторами разработан комплексный многоуровневый психотерапевтический подход в терапии зависимого пищевого поведения.

Ключевые слова: пищевая зависимость, поведенческая психотерапия, гипноз, телесноориентированная психотерапия, трансперсональная психотерапия

Аддиктивное (зависимое) поведение – это настоящая эпидемия XXI века. Проблема не только в широкой распространенности, сложностях в диагностики, но и в трудности лечения и реабилитации.

Цель: показать клинические особенности и проследить динамику развития нарушений пищевого поведения, разработать дифференцированную программу психотерапии с учетом проработки внутриличностного конфликта у лиц с нарушениями пищевого поведения.

В основу работы легли результаты комплексного исследования 200 пациентов с нарушениями пищевого поведения в процессе использования дифференцированного многоуровневого психотерапевтического комплекса. Исследование проводилось во взрослом амбулаторном психотерапевтическом отделении ТОКПБ, на кафедре медицинской психологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава.

Возраст обследованных находился в диапазоне от 18 до 68 лет, средний возраст – 39,45±0,77 года, из них 184 женщины (92%), 16 мужчин (8%). Рост обследуемых пациентов колебался от 150 до 182 см, средний рост был 164,12±0,47 см. Масса тела при первичном обращении варьировала от 57,00 до 157 кг, в среднем – 89,40±18,94 кг.

Для исследования отбирались пациенты с нарушениями пищевого поведения по совокупности общих клинических признаков, необходимых для диагностики нарушений пищевого поведения. Исследуемая симптоматика соотносилась с разделами МКБ-10 F5 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» с указанием соответствующего второго кода синдрома из рубрики F50 «Расстройства приема пищи».

Основным методом исследования был клинико-психопатологический. Он позволял оценить ряд важных закономерностей формирования нарушений пищевого поведения и их изменения в процес-

се психотерапевтического лечения. В целях психометрической оценки личностных характеристик нами была использована специально составленная батарея тестов, включающая ММИЛ [1], методику «Индекс жизненного стиля» [3], Торонтскую алекситимическую шкалу (TAS), Шкалу депрессии А. Бека [3]. Статистическую обработку проводили с помощью электронного пакета прикладных программ «SPSS» (версия 11.0 для «Windows»). Клинико-катамнестическое прослеживание больных в среднем составило 1,5 года.

Психотерапевтическая реабилитация пациентов с зависимым пищевым поведением. В основу предлагаемой концепции дифференцированных психотерапевтических программ положено представление К. Уилбера [6] о человеческой личности как о многоуровневой конструкции различных уровней сознания. Основная задача психотерапевтической программы – последовательное расширение границ осознания имеющейся проблематики путем последовательной проработки невротического конфликта на его различных уровнях.

На первом этапе психокоррекции психотерапевтическая работа проводилась в группе пациентов от 4 до 12 человек, которые располагались на удобных стульях в изолированном помещении, оборудованном качественной звуковоспроизводящей аппаратурой.

1. Первый этап психотерапии

а. Коррекция поведения.

Первый уровень – это осознание конфликта на уровне поведения. Поведенческий подход в психотерапии ставит перед собой цели симптоматического улучшения, которое она достигается достаточно быстро и эффективно. Важно помочь клиенту раздвинуть невротические самоограничения на пути осознания дезадаптивного зависимого пищевого поведения. Часто пациенты приходят с негативной историей самостоятельной борьбы с избыточным весом. В первую очередь, поэтому, важно преодолеть явления анозогнозии. Пациенты с зависимым пищевым поведением сообщают о том, что их полнота обусловлена плохой наследственностью, конституцией, что у них имеются эндокринные нарушения и т.д. Таким образом, имеющиеся психологические защиты позволяют избежать понимания собственной ответственности за имеющиеся проблемы со здоровьем.

В процессе поведенческого этапа психотерапии рассматриваются основные этапы формирования зависимого пищевого поведения. Пациенты обучались ежедневно контролировать собственный вес и калорийность потребляемой пищи в рамках индивидуально подобранного коридора калорийности. Представляется важным восстановление стереотипов здорового пищевого поведения. Формируется полезная привычка – есть не торопясь, с наслаждением, полностью сосредоточившись на

еде, тщательно пережевывая каждый кусочек пищи. Важно, чтобы трапеза проходила за красиво сервированным столом, со всеми приборами, в красивом, чистом, опрятном интерьере. Имеет большое значение соблюдение небольших (не больше 3 часов) интервалов между приемами пищи, сбалансированность ее по потребляемым жирам, белкам и углеводам. Ненужные запреты на отдельные категории продуктов невольно, провоцируют зависимое пищевое поведение.

В процессе поведенческого этапа в психотерапии у лиц с нарушениями пищевого поведения представляется важным нормализация эмоционального состояния. С этой целью пациентам предлагается проанализировать спектр переживаемых эмоций и обучится методике целенаправленного моделирования эмоций.

На этом этапе важным представляется преодоление различных вариантов сопротивления наступающим изменениям. Нередко пациенты «забывают» о необходимости выполнения тех или иных рекомендаций. С этой целью пациентам предлагается ведение дневника, в котором фиксируются происходящие изменения.

б. Коррекция внутрличностных конфликтов.

В процессе групповой психоаналитической работы рассматриваются основные личностные противоречия, нарушающие баланс между здоровыми потребностями и невротическими ограничениями. Пациенту важно самостоятельно найти приемлемый выход удовлетворения собственных потребностей.

В процессе работы дается информация о механизмах развития пищевой зависимости, о различных вариантах формирования жизненного сценария человека в процессе индивидуального воспитания. У лиц с зависимым пищевым поведением ведущую роль играют стереотипы пищевого поведения, запрограммированные родительской семьей. У многих уже в младенческом возрасте формируется особое, зависимое, «сверхценное», отношение к еде, которое, как правило, не осознается, но определяет их поведение.

Подробно анализировался сценарий жизни пациентов с пищевой зависимостью, родительские «предписания», развенчивались пищевые шаблоны и мифы. С учетом вышесказанного, можно говорить об особенностях так называемого жизненного сценария зависимого пищевого поведения, для которого характерна чрезмерная, доминирующая многие годы неосознаваемая пищевая фиксация.

Обычно большая часть психотерапевтических методик построена на работе в ясном состоянии сознания. К сожалению, только ясное состояние сознания пациента не дает возможность скоро осознать имеющуюся проблематику.

Состояние транса в психотерапевтической работе позволяет быстрее расширить границы созна-

ния. Поэтому в качестве первоочередной задачи психотерапевтической программы мы ставим использование гипнотических приемов. Мы формировали не только желательное поведение (возможность получать больше наслаждение от меньшего количества качественной, вкусной еды), с закреплением здоровых доминант, образа здорового, стройного тела, но и активизировали личностные ресурсы. Подсознание каждого пациента хранит немало позитивного опыта достижения успеха, наполненного чувством безграничной радости. Мы обучали пациентов самостоятельно управлять собственным состоянием, формировать образное представление достижения поставленной цели.

с. Коррекция конфликтов телесности.

При рождении человек с восхищением наслаждается своим гибким телом. В процессе воспитания формируются запреты на определенные эмоции, что приводит к формированию мышечных блоков, «мышечного панциря», который, по мнению представителей телесноориентированной психотерапии, лишает человека мышечной радости.

К сожалению, отношение к телу у пациентов нельзя назвать адекватным. Тело не принимают таким, какое оно есть, его стремятся улучшить с помощью физических упражнений, пластических операций. Одежда призвана не только защищать от холода, но и скрывать воображаемые физические недостатки. Многие люди постоянно пребывают в состоянии хронического стресса с повышенной активностью симпатической нервной системы. Лишь преодолев мышечные зажимы и восстановив свободу движений, можно вернуть способность гармонично взаимодействовать с окружающей средой.

Для лиц с зависимым пищевым поведением возведение невротических границ и создание искаженного «образа тела» является обычным явлением, что приводит к неизбежным конфликтным взаимоотношениям, и может принимать выраженную, болезненную форму, обозначаемую в психиатрии как синдром дисморфомании.

Нами разработан дифференцированный комплекс технологий телесноориентированной психотерапии как в виде самостоятельных программ, так и в сочетании с интенсивными дыхательными психотехнологиями. Цель такой работы – снятие мышечного напряжения, повышение чувствительности к телесным ощущениям, в том числе – вкусом, уменьшение уровня тревоги, осознание и интеграция тела в целостную структуру личности.

б. Коррекция межличностных конфликтов.

Следующий уровень проработки психологического конфликта у лиц с зависимым пищевым поведением – это межличностный уровень. В основу анализа межличностных отношений положена концепция трансактного анализа [2, 4, 5]. В этой системе можно наблюдать несколько вариантов психологического конфликта. В процессе психоте-

рапии пациентам давались возможность проанализировать сложности, возникающие в процессе общения с окружающими различные подходы предотвращения и выхода из конфликтных ситуаций и выстроить новые стратегии поведения

2. Второй этап психотерапии.

У части пациентов, несмотря на положительную динамику, сохранялись трудности в формировании здорового пищевого поведения в силу сохраняющейся тревоги, напряжения, в связи с чем, им рекомендовалось прохождение интенсивного этапа психотерапевтической коррекции, осуществлявшегося в течение недели, по 6 часов каждый день. Работа проводилась в изолированном помещении с мягким покрытием на полу, оборудованном качественной звуковоспроизводящей аппаратурой. Группа состояла из 6-12 человек.

Состояние измененного сознания (транса) возникает на фоне интенсивного дыхания в сопровождении специально подобранных музыкальных программ, которые воспроизводились обычно на протяжении около 3 часов. Это позволяло пациентам отреагировать заблокированные, погребенные под невротическими психологическими защитами эмоции, вновь пережить травматические эпизоды, которые всплывали из глубин бессознательного.

В процессе трансперсональной психотерапии участники делились пережитым опытом друг с другом. Каждому предлагалось самостоятельно осознать значение пережитого в состоянии транса опыта и сделать для себя важные выводы. При этом для психотерапевта очень важно сохранить партнерский стиль взаимоотношений с участниками группы, поддерживать процесс, воздерживаясь от директивного вмешательства и не навязывая своих интерпретаций и в то же время там, где это было необходимо, усиливать возникающие переживания и усиливать возникающую конфронтацию. После завершения курса психотерапевтической работы пациенты должны находиться под динамическим наблюдением.

Результаты коррекции лиц с нарушениями пищевого поведения. Менее интенсивный темп похудения отмечался у лиц с зависимым пищевым поведением с нормальной массой тела (39,1%). Во время первого этапа коррекции снижение веса до 1-2 килограммов чаще наблюдалось в группе лиц с нормальными показателями индекса массы тела ($p < 0,05$). Снижение массы тела более 3 кг наблюдалось у 19,4% пациентов, причем чаще у лиц с резко выраженным ожирением ($p < 0,05$).

В основу оценки эффективности терапии ПНПР при зависимом пищевом поведении была положена клинико-динамическая «Шкала эффективности терапии больших пограничными состояниями» [5]. Полученные результаты в выделенных группах пациентов оценивались в зависимости от индекса массы тела. Обнаружено, что наиболее

качественная ремиссия «А» была достигнута у пациентов с нормальной массой тела – у 87,0%, а при резко выраженном ожирении – лишь у 32,3% ($p < 0,001$). Ремиссия «А» в группе лиц с I степенью ожирения была у 61,2%, а при резко выраженном ожирении – у 32,3% ($p = 0,008$). Ремиссия «В» отмечалась у пациентов с нормальной массой тела в 13,0% наблюдений, чаще – при резко выраженном ожирении (61,3%; $p < 0,001$).

После завершения курса психотерапевтической работы пациенты продолжали находиться под динамическим наблюдением. В ряде случаев им рекомендовались повторные курсы или психотерапевтическая работа дополнялась другими методиками (эриксоновская терапия, гештальттерапия, транзактный анализ, когнитивная терапия). У части пациентов, несмотря на положительную динамику, сохранялись трудности в формировании здорового пищевого поведения в силу сохраняющейся тревоги, напряжения, поэтому им рекомендовалось прохождение второго этапа коррекции.

С чем связаны трудности, возникающие в процессе лечения? Врач преимущественно адресуется к разуму пациента, пытаясь подробно рассказать о необходимости избавления от избыточного веса, о диете и применяемых препаратах. Но поведение зависимого человека подчиняется отнюдь не разуму и логике. Пациент «всё понимает, но сделать ничего не может!». Это обусловлено тем, что в структуре поведения при зависимостях определяющая роль принадлежит особым эмоциональным состояниям, которые возникают в состоянии измененного сознания.

Измененные состояния сознания возникают у каждого здорового человека в минуты размышлений, в минуты творческого вдохновения и позволяют высвободить ресурсы для плодотворной работы и поддержания психического и физического здоровья.

Зависимое поведение сопровождается возникновением необычных состояний сознания в сочетании с яркими эмоциями, которые начинают приобретать особую ценность для пациента и побуждают вновь и вновь возвращаться к источнику своего наслаждения. Состояние эйфории проявляется в виде сильных эмоций и предвосхищении успеха. С азартом зависимые пациенты играют, едят, пьют, работают, любят и тратят деньги. Поэтому столь важна психотерапевтическая работа с патологическими паттернами, имеющимися в бессознательном зависимого пациента с одновременным высвобождением эмоций и сознательным формированием стереотипов здорового поведения.

Литература:

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). М.: «Фоллиум», 1994. 175 с.

2. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы / пер. с англ. – СПб.: М.: «Университетская книга», АСТ, 1997. 398 с.
3. Клубова Е.Б. Методы медицинской психологии в диагностике психологических защитных механизмов // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. СПб., 1994. С. 77-82.
4. Литвак М.Е. Психологический вампиризм. Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. 416 с.
5. Литвак, М.Е. Если хочешь быть счастливым: учеб. пособие по психотерапии и психологии общения. Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. 604 с.
6. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1998.
7. Уилбер К. Никаких границ / пер. с англ. М.: Изд-во Трансперсонального института, 1998. 176 с.

THE ALTERED STATES OF CONSCIOUSNESS AND PSYCHOTHERAPY OF FOOD ADDICTION

B. Yu. Prilensky, A. V. Prilenskaya, A. G. Buhna, R. I. Kabekova

Tyumen state medical University, Tyumen, Russia

The article presents an effective complex psychotherapeutic method in treatment of eating addiction.

Keyword: food addiction, behavioral therapy, hypnosis, body-oriented psychotherapy, transpersonal psychotherapy

АВТОРСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО МЕХАНИЗМА ФОРМИРОВАНИЯ ДЕВИАНТНОГО МАТЕРИНСТВА И ДОБРОВОЛЬНОЙ БЕЗДЕТНОСТИ

И.Л. Шелехов, Г.В. Белозёрова, В.А. Рудницкий

Томский государственный педагогический университет, г. Томск

В статье приведена авторская концепция психологического механизма формирования нарушений материнско-детских взаимоотношений, девиантного материнства, добровольной бездетности. Охарактеризована вариативность личностных поведенческих реакций. Отражены основные действующие факторы, детерминирующие материнско-детские взаимоотношения.

Ключевые слова: личность, женщина, материнство, девиация, бездетность

Изучение материнства как специфического социально-психологического явления предполагает раскрытие закономерностей формирования и развития нарушений поведения женщины. В современной науке отсутствует общепринятый подход к определению сущности психологического механизма. С точки зрения философии и методологии науки, он определяется как «субъективное описание» объективно существующих процессов, регулирующих взаимодействие личности с окружающей средой. При этом такой способ объяснения предполагает не просто констатацию изучаемых явлений, а раскрывает их содержательные и функциональные характеристики.

Под термином «психологический механизм» понимается детализированная характеристика работы и трансформации психологической системы, обеспечивающей выполнение регулятивных функций [1].

Анализ источников литературы и данных эмпирических исследований позволил раскрыть психологический механизм отклоняющегося материнского поведения и добровольной бездетности. В приведенном психологическом механизме формирования нарушений материнско-детских взаимоотношений, девиантного материнства, добровольной бездетности выделяются 6 этапов. Рассмотрим их.

Этап 1. Результатами протекающих процессов являются формирование личности и внутренней картины материнства. Нормативным типом реакции выступает психологическая готовность женщины к выполнению материнской функции. Вторым типом реакции является развитие патологического состояния – грубого нарушения психологической готовности, делающее невозможными позитивные материнско-детские отношения.

Этап 2. Нормативное протекание психических процессов обеспечивает оптимальное функционирование сформировавшейся системы «мать – ребенок». Женщина полноценно исполняет материнскую функцию, её социально-психологический и соматический статус рассматривается как эталон.

Этап 3. Возникновение и развитие у женщины внутриличностного конфликта активирует механизмы психологической защиты. Взаимоотношения в системе «мать – ребенок» осложняются. Реализация материнских функций соответствует крайней границе нормы.

В случае конструктивного разрешения или дезактуализации внутреннего конфликта возможно развитие реакции второго типа – нормализация внутрииндивидуального уровня материнства с последующим возвратом к показателям медико-биологической и медико-психологической норм.

Этап 4. Воздействие эндо- и экзогенных стрессорных факторов запускает патологический механизм дальнейшего развития состояний, обусловленных внутриличностным конфликтом. Особое значение имеет локализация наименьшего сопротивления психики и/или организма, определяющая вариативность психосоматических реакций.

Специфической реакцией на протекающие процессы является формирование установок добровольной бездетности. Вместе с тем, отказ от рождения детей не разрешает имеющихся экзистенциальных вопросов и является фактором конвертации имеющихся внутриличностных конфликтов в другую плоскость.

Этап 5. Дальнейшее развитие патологических процессов, обусловленных ВЛК, вызывает формирование клинически очерченных состояний (нарушений поведения, аддиктивных состояний, невро-

зов и невротоподобных расстройств, психосоматических заболеваний).

Патологическими реакциями умеренно выраженного характера являются нарушения материнско-детских взаимоотношений, представленные про- и антисоциальными формами.

Этап 6. На данном этапе отмечаются выраженные отклонения в соматическом и психологическом/психическом здоровье женщины, развитие поведенческих расстройств, в том числе – девиантного материнства [2-18].

В описанном психологическом механизме формирования нарушений материнско-детских взаимоотношений, девиантного материнства, добровольной бездетности наглядно показана регулирующая роль структуры личности. Протекающие психические процессы отражают последовательность взаимосвязанных этапов: формирование и развитие личности → состояния личности → нарушения личности → нарушения поведения.

Функциональный обратимый характер личностных и поведенческих реакций, указывает на наличие принципиальной возможности психологической коррекции нарушений материнско-детских взаимоотношений, девиантного материнства, добровольной бездетности.

Выводы. Психологический механизм формирования нарушений материнско-детских взаимоотношений, девиантного материнства включает в себя психологический механизм формирования добровольной бездетности.

В психологическом механизме формирования нарушений материнско-детских взаимоотношений, девиантного материнства, добровольной бездетности критическим периодом (этап 4) является воздействие эндо- и экзогенных стрессорных факторов, запускающих патологический механизм дальнейшего развития состояний, обусловленных внутриличностным конфликтом.

Литература:

1. Шелехов И.Л. Психологический механизм формирования нарушений материнско-детских взаимоотношений, девиантного материнства, добровольной бездетности // Информационные технологии в науке, управлении, социальной сфере и медицине: Сб. научных тр. V Междунар. научной конф. (17–21.12.2018 г.). Томск: ТПУ, 2018. Ч. 1. С. 152–157.
2. Шелехов И.Л., Белозёрова Г.В. Системные личностно-ориентированные исследования девиантного поведения // Всерос. фестиваль науки НАУКА 0+. XXII Междунар. конф. студентов, аспирантов и молодых учёных «Наука и образование» (г. Томск, 16–20 апреля 2018 г.): В 5 т. Т. III: Педагогика и психология. Ч. 3: Акту. Пробл. психолого-педагогического и специального образования. Томск: Изд-во Том. гос. пед. ун-та, 2018. С. 97–107.
3. Международная классификация болезней. 10-й пересмотр / Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. Киев: Сфера, 2005. 306 с. ISBN 966–8782–08–9
4. Adler A. Über den nervösen Charakter. Wiesbaden, 1912.
5. Freud S. Das Ich und das Es. Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1923. (Erstdruck).
6. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: ЛГУ, 1960. 427 с.
7. Свядощ А. М. Неврозы. Руководство для врачей. – 4-е изд., перераб. и доп. СПб: Питер, 1997. 448 с. ISBN 5–88782–156–6

8. Наумов А.В. Психологические проблемы беременности и перинатального периода // Журнал прикладной психологии. 2000. № 6. С. 17–19.
9. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. М.: Апрель-Пресс, Эксмо-Пресс, 2000. 448 с.
10. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию: Учеб. для студентов мед. вузов. М.: Академический проект; Екб: Деловая книга, 2000. Т. 1. 416 с.
11. Tomori M. Children's Mental Health Risks in a Changing Europe // Mental Health Reforms. 2000. № 1. P. 5–7.
12. Шелехов И.Л., Гадельшина Т.Г. Аддиктивные состояния: Учеб.-метод. комплекс. 2-е изд., испр. и доп. Томск: Изд-во ТГПУ, 2012. 332 с. ISBN 978–5–89428–585–6
13. Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества: Труды Института психологии РАН [цифровая книга] / Под ред. А.Н. Журавлева, М.И. Воловиковой, Т.В. Галкиной. М., 2014.
14. Александер Ф. Г. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Пер. с англ.: А. Боковикова, В. Старовойтова. М.: Канон+РООИ «Реабилитация» 2016. 352 с.
15. Kling J., Holmqvist-Gattario K., Frisén A. Swedish women's perceptions of and conformity to feminine norms // Scandinavian Journal of Psychology. 2017. V. 58. Iss. 3. P. 238–248.
16. Шелехов И.Л. Системный подход к определению нормы и отклонений в психологических исследованиях материнства // Научно-педагогическое обозрение (Pedagogical Review). 2018. Вып. 3 (21). С. 206–216.
17. Шелехов И.Л., Белозёрова Г.В. Структура личности в контексте системных исследований // Всерос. фестиваль науки НАУКА 0+. XXII Междунар. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых «Наука и образование» (г. Томск, 16–20 апреля 2018 г.): В 5 т. Т. III: Педагогика и психология. Ч. 3: Акт. проблемы психолого-педагогического и специального образования. Томск: Изд-во Том. гос. пед. ун-та, 2018. С. 42–58.
18. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. Белгород: Книжный клуб семейного досуга, 2012. 480 с. ISBN 978–9910–1840–1

THE AUTHOR'S CONCEPT OF THE PSYCHOLOGICAL MECHANISM OF THE FORMATION OF DEVIANT MOTHERHOOD AND VOLUNTARY CHILDLESSNESS

I.L. Shelekhov, G.V. Belozerova, V.A. Rudnitsky

Tomsk State Pedagogical University, Tomsk

The article presents the author's concept of the psychological mechanism of the formation of violations of maternal-child relationships, deviant motherhood, voluntary childlessness. The variability of personal behavioral reactions is characterized. The main operating factors that determine maternal-child relationships are reflected.

Keywords: personality, woman, motherhood, deviation, childlessness

АНДРОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ

А.Г. Бухна, Б.Ю. Приленский, П.Б. Зотов

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень

Изучены андрологические последствия и формирование сексуальных дисфункций у лиц, имеющих зависимость от употребления синтетических психостимуляторов. Клинико-сексологическим и психологическим методами с использованием визуально - аналоговой шка-

лы оценки сексуального удовольствия, теста международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5) обследованы 20 мужчин, со средним сроком употребления психоактивных веществ $9 \pm 1,8$ лет. В клинической картине данного вида наркомании выявлены андрологические последствия в виде нарушения эректильной функции разного уровня. При длительном употреблении синтетических психостимуляторов отмечены нарушения полового самоконтроля, что в ряде случаев проявлялась в сексуальных контактах с лицами своего пола, а также актах зоофилии (домашние собаки и кошки). Также была отмечена актуализация суицидального поведения у данных лиц, как средство избавления от переживаний, связанных с осознание совершенного под действием данного вида наркотика.

Ключевые слова: синтетические психостимуляторы, сексуальные дисфункции, гомосексуализм, зоофилия, суицид

Сексуальные отклонения описывались в клинической картине практически всех видов наркоманий [1]. В исследованиях данные нарушения выявлялись до 85% наблюдений [2]. Отмечалось увеличение длительности различных стадий копулятивного цикла, вплоть до развития анэякуляторного синдрома и неспособности переживать оргазм [3]. Замечено нарушение способности испытывать платонические чувства к партнеру, и появление промискуитета в отношениях при совместном употреблении наркотических веществ [3, 4]. Описанные особенности вызваны сочетанием физиологических, психических и социальных нарушений, которые всегда развиваются при достаточном сроке употребления наркотических веществ [2, 5].

Особенно вызывает беспокойство увеличение распространения таких видов наркотических средств как синтетические психостимуляторы (СП) [6, 7, 8]. Отчетливо выявляется тенденция к омоложению возраста употребляющего контингента, что создает дополнительные социальные проблемы [4]. Данные наркотические вещества среди потребителей носят названия «соль для ванн», «дизайнерские наркотики», «подкормка для растений». Они часто преподносятся новому потребителю как не попадающие под юридический запрет, а, следовательно, разрешённые к приёму вещества [8, 9, 10].

При употреблении наркотических средств данной группы отмечаются чувство прилива сил, повышенное настроение, тяга к общению, сильное сексуальное возбуждение [7, 9, 10]. Это приводит к явному снижению самоконтроля, отсутствию критики к своему поведению, часто идущее вразрез с социальными нормами [8]. Тяга к данному наркотическому средству достигает такого уровня, что употребление идет безостановочно, пока наркотическое вещество не закончится, что может выражаться в многодневных, так называемых, «наркотических марафонах» [9].

В немногочисленных работах, отмечено, что при длительном употреблении наркотика, описы-

валось развитие бредовой симптоматики с патологическими сексуальными идеями [7, 11]. Также отмечалась повышенная суицидальная активность данных пациентов [12, 13].

Отмечено, что современная наркология не накопила достаточный объем знаний об эффектах, оказываемых на психику человека, которые могут наблюдаться в клинике при употреблении синтетических психостимуляторов [9].

Таким образом, для повышения эффективности лечения и реабилитации лиц, имеющих зависимость, от употребления данной группы наркотиков, а также профилактики у них попыток суицидов, необходимо продолжить изучение особенностей развития нарушения психического состояния данных пациентов, куда, безусловно, можно отнести и развитие сексуальных девиаций [1, 14, 15].

В контексте вышеизложенного материала целью настоящего исследования стало изучение андрологических последствий потребления синтетических психостимуляторов.

Объект и методы исследования.

Обследованы 20 мужчин в возрасте от 20 до 46 лет (средний возраст $31,2 \pm 1,8$ года) с диагнозом F15.1 (психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других стимуляторов, пагубное употребление). Все опрошиваемые на момент опроса находились в ремиссии минимум две недели. Длительность употребления наркотических веществ – $9,0 \pm 1,8$ лет. Судимость имели 20% обследованных лиц. Уровень образования: у 10% пациентов было высшее образование, остальные 90% лиц имели среднее или среднее специальное образование. Лиц с начальным или неполным средним образованием выявлено не было.

Исследование андрологических последствий потребления СП включало в себя клиникосексологический и психологический методы. Опрос помимо традиционных данных анамнеза включал определение терпимости к лицам с нетрадиционной сексуальной ориентацией, наличие сексуальных перверсий при употреблении СП. Опрос проводился посредством анкетирования, все вопросы задавались дважды и в сравнении: в момент наркотического опьянения и в момент трезвости. Это было решено сделать для более наглядного понимания действия СП на поведение потребителя наркотических средств. Из тестов использовалась визуально-аналоговая шкала (ВАШ) оценки сексуального удовольствия, где предлагалось в бальной системе на отрезке от 0 до 10 указать уровень выраженности сексуальных ощущений, а также тест международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5).

В процессе работы с лицами, получающих лечение и реабилитацию, в связи с зависимостью от СП, была отмечена объективная проблема, мешающая проводить сбор данных на наличие особен-

ностей в сексуальной сфере. Учитывая, что отклонения от привычной формы полового поведения пациентом у него самого активно скрывается от врача по причине страха стать стигмизированным в своем окружении. Это, с нашей точки зрения, связано с тем, что потребители наркотических средств часто относятся или близки к околोकриминальным обществам, где люди подвергаются унижению и травле за отдельные факты в своем сексуальном поведении. При этом опрошиваемые спокойно рассказывали о последствиях и особенностях в половой сфере у лиц, с которыми знакомы по причине совместного употребления СП. На основании этого было принято решения проводить не прямой опрос пациента, а сформулировать вопросы в отношении ближайшего круга лиц, также употреблявших данные наркотики совместно с опрошиваемым.

Вопросы были следующие:

1. Были ли среди ваших знакомых случаи потери полового самоконтроля на фоне употребления синтетических психостимуляторов?

2. Вступали ли из вашего окружения лица мужского пола в половые контакты с мужчинами на фоне наркотического опьянения?

3. Были ли половые контакты с животными на фоне употребления синтетических психостимуляторов?

4. Если на выше заданные вопросы есть утвердительные ответы, то известно ли вам о попытках или актах суицида у лиц по причине совершенных действий?

Также был проведен опрос пациентов по моральному отношению к лицам с нетрадиционной сексуальной ориентацией. Ответы были следующие: негативное отношение – 50%, крайне негативное – 40%, нейтральное – 10%, положительное – 0. Это также подтверждает, что среди потребителей СП нет позитивного отношения к лицам имевших гомосексуальные связи.

Результаты и обсуждение.

Опрос показал, что 9 из каждых 10 пациентов известно о случаях в их окружении потери контроля своего полового поведения и совершения данными лицами действий направленных на удовлетворения появившихся сексуальных желаний любыми способами. При этом половина опрошиваемых отмечали, что их знакомые вступали в половые контакты с лицами своего пола. Решающим фактором во всех случаях являлось совместное употребление наркотических средств и нахождение с ними в одном помещении. В разговорах они иногда именовали СП словом «гомосоль» (вероятно от сочетания слов соль и гомосексуализм).

На вопрос о совершенных половых контактах с животными, положительно ответил каждый третий. Половыми партнерами были названы домашние питомцы: собаки и кошки. Опрошиваемыми так же отмечалась возможность причинения смер-

ти животному, но смерть животного не являлась причиной окончания полового контакта с ним.

Потребители часто называют данное поведение «поймать безумие» и связывают его развитие с непрерывным употреблением в течение нескольких дней высоких доз СП («марафон»).

Также треть пациентов (n=6) отметили, что после выше названных совершенных сексуальных действий, на фоне боязни приобрести низший статус в своей социальной среде, у части лиц были попытки суицида как средство предотвращения возможных унижений. Отмечено, что лица пережившие унижения в своем окружении довольно быстро меняют круг общения и отследить дальнейшую их судьбу становится довольно проблематично.

На просьбу с помощью ВАШ сравнить уровень сексуального удовольствия в ремиссии и в наркотическом опьянении 2/3 мужчин отметили, что на фоне наркотизации половые контакты хуже и слабее, чем в трезвом состоянии, а 1/3, наоборот, более сильны и насыщеннее в эмоциональном плане.

Более подробный анализ анамнеза выявил различия в этих группах. У лиц со снижением уровня сексуального удовольствия на фоне наркотического опьянения (основная группа) стаж потребления СП равнялся 5,8±1,0 года, в группе с усилением уровня сексуального удовольствия (группа сравнения) стаж был значительно больше – 16,0±4,7 года (p≥0,05). Данный интересный факт не описан в доступной литературе и требует дальнейшего изучения на более презентабельной группе.

Мы также сравнили показатели теста международного индекса эректильной функции (МИЭФ-5) у исследуемых групп в трезвости и в наркотическом опьянении (табл. 1).

Таблица 1

Показатели теста МИЭФ-5 в трезвости и в состоянии наркотического опьянения (M±m) в основной группе и в группе сравнения

Группы	В трезвости	В наркотическом опьянении
Основная (n=14)	20,8±0,6	13,7±1,4
Сравнения (n=6)	21,0±1,3	25,0±1,4

Примечание: уровень различий - p≥0,05

Учитывая, что показатели теста МИЭФ-5 выше 21 считается нормой, получено, что в основной группе, в трезвости, показатели были близки к норме (20,8±0,6), а на фоне употребления СП происходило резкое снижение данного показателя (13,7±1,4), что можно оценить как развитие умеренного снижения эректильной функции. В группе сравнения происходит иная ситуация, на фоне трезвости показатель находился в нижней границе нормы (21,0±1,3), а на фоне наркотического опья-

нения становился равным высшей границе (25,0±1,4), что косвенно подтверждает данные, согласно которым часть потребителей на фоне употребления СП могут терять самоконтроль в контроле сексуального поведения.

Уровень сексуального возбуждения потребителями СП описывается как очень яркое, сильное ощущение, достигающее такого уровня, что даже обычное прикосновение к различным частям тела вызывает яркие эмоциональные ощущения. Некоторые пациенты описывали ситуации, что поглаживание живота у женщины (даже в эпигастральной области) на фоне приема высоких доз СП вызывало у нее оргазмоподобные переживания. Наличие у пациентов гиперэстезии кожных покровов, достигающей иногда степени выраженной болезненности, является причиной того, что потребители СП в психотическом состоянии часто раздеваются полностью догола. Также во время опроса отмечалось следующая важная, с нашей точки зрения, ситуация, что после прохождения лечения и реабилитации некоторые пациенты, называли причиной возобновления употребления СП желание испытать тот же уровень сексуальных наслаждений, который становится недостижимым в трезвой жизни.

Заключение.

Таким образом, в клинической картине употребления СП выявлены определенные особенности клинической картины. Повышение у части потребителей наркотика уровня сексуального желания до такого уровня, что они теряют возможность контролировать свое сексуальное поведение. Это может выражаться в половых контактах с лицами своего пола, с животными и повышенной суицидальной напряженности по причине страха быть подвергнутым унижению со стороны окружения. Желание повторно испытать повышенный уровень сексуального удовольствия также выступает, как дополнительный фактор возврата к употреблению наркотического средства у ряда пациентов после достигнутой ремиссии. Для повышения эффективности лечения и реабилитации данных пациентов необходимо учитывать особенности андрологических последствий потребления СП.

Литература:

1. Бохан Н.А., Евсеев В.Д., Мандель А.И. Сексуальные дисфункции в клинике опиоидной наркомании // Наркология. 2012. Т. 11, № 9 (129). С. 61-64.
2. Кашкаров А.А., Добrorез И.А. Наркомания как детерминанта насильственных преступлений сексуального характера // Крымский филиал Краснодарского университета МВД России. 2015. № 1(18). С. 119-123
3. Жарков Ю.Н. Синдром редукции сексуальности в общей структуре нарушений при опийной наркомании // Вопросы наркологии. 2004. № 2. С. 32-39.
4. Байбабаев А.А., Саидмуродов Д.У. О клинических особенностях героинового зависимости у женщин // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2015. № 4. С. 15-19.
5. Асадуллин А.Р., Анцыборов А.В., Ахметова Э.А. Синтетические триптамины: избранные вопросы

- классификации, механизм действия, клиника интоксикации // Девиантология. 2017. Т. 1, № 1. С. 26-35.
6. Темботова М.А. Новые потенциально опасные психоактивные вещества: понятие и признаки // Государственная служба и кадры. 2016. № 3. С. 64-65.
 7. Мрыхин В.В., Анцыборов А.В. Психиатрические аспекты употребления дизайнерских наркотиков и новых психоактивных веществ // Интерактивная наука. 2017. № 2 (12). С. 64-74.
 8. Егоров А.Ю. Дизайнерские наркотики: новая проблема подростковой наркологии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018. Т. 18, № 2. С. 83-91.
 9. Шарова Е.Н., Злоказова М.В. Феноменологические особенности психических расстройств от современных «дизайнерских» наркотиков // Практическая медицина. 2017. Т. 2, № 1 (102). С. 23-25.
 10. Кузьмичев Д.Е., Вильцев И.М., Горбачева И.В. и др. Соль для ванны - интернетный убийца // Проблемы экспертизы в медицине. 2013. № 4 (52). С. 44-45.
 11. Спирина И.Д., Леонов С.Ф., Варшавский Я.С. и др. Клинические особенности психотических расстройств вследствие употребления современных синтетических психостимуляторов (метилendioксипирвалерон) // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2012. № 2 (29). С. 109-113.
 12. Хохлов М.С. Способы суицидальных действий потребителей синтетических психостимуляторов // Девиантология. 2019. Т. 3, № 1. С. 37-45.
 13. Зотов П.Б., Бохан Н.А., Хохлов М.С., и др. Суицидальные действия наркозависимых: вопросы системного выявления и учета // Суицидология. 2019. Т. 10, № 1 (34). С. 91-105.
 14. Хохлов М.С. Суицидальный анамнез потребителей синтетических психостимуляторов // Научный форум. Сибирь. 2019. Т. 5, № 1. С. 87-88.
 15. Приленский Б.Ю., Приленская А.В. Психотерапевтические подходы в психосоматической медицине // Тюменский медицинский журнал. 2016. № 1. С. 14-17.

ANDROLOGICAL IMPLICATIONS OF THE CONSUMPTION OF SYNTHETIC PSYCHOSTIMULANTS

A.G. Buhna, B.Y. Prilensky, P.B. Zotov

Tyumen state medical University, Tyumen

Sexual dysfunctions in users of synthetic psychostimulants are described. Violations of sexual self-control, sexual same-sex contacts, acts of bestiality (domestic dogs and cats) were noted. These disorders may be the cause of suicidal behavior. The authors conclude that it is necessary to continue research on this topic.

Keywords: synthetic psychostimulants, sexual dysfunctions, homosexuality, bestiality, suicide

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ УМЫШЛЕННЫХ САМОПОРЕЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ТЮМЕНИ (ЗАПАДНАЯ СИБИРЬ)

Е.Г. Скрябин, П.Б. Зотов

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень

Представлены данные о самопорезах детей и подростков в Тюмени. Всего 89 случаев. Среди пострадавших 70,8% – девушки, средний возраст – 16 лет 4 мес. Основное средство самоповреждений – лезвия бритв. В 95,5% случаях порезы предплечий. У 6,8% повреждение обеих рук. В 78,6% – множественные порезы

(максимально – 55), в 95,5% - поверхностные. У каждого пятого (19,1%) присутствуют рубцы от порезов, нанесенных себе ранее. Каждый десятый подросток (10,1%) на момент обращения находился в состоянии опьянения. В заключении авторы делают вывод о необходимости более широкого изучения темы, разработки мер профилактики и повышения эффективности помощи данному контингенту пациентов.

Ключевые слова: несуицидальное самоповреждение, самопорезы, суицид, подростки, Тюмень

Умышленные самоповреждения у детей и подростков – объективный факт проявления аутоагрессии, реализуемой по суицидальным и несуицидальным мотивам. С целью превенции суицида важны вопросы дифференциальной диагностики, оценки распространённости в популяции этих проявлений, оказание своевременной комплексной помощи и меры профилактики [1].

Способы реализуемых самоповреждений многообразны, но наиболее часто регистрируемые в этой возрастной группе являются порезы – на их долю приходится до 84% случаев [2]. В подавляющем большинстве – от 70 [3] до 90% [4] «излюбленной зоной выражения своих чувств» являются предплечья.

В России [5], как и во многих странах мира в структуре контингента обычно преобладают лица женского пола. В разных странах их число среди умышленно пострадавших превышает количество детей и подростков мужского пола от 1,5 до 6 раз [6, 7, 8, 9]. Среди вероятных факторов могут выступать личностные расстройства [10], особенности Я-концепции девочек [11] и др.

«Возрастной дебют» первых самопорезов в подавляющем большинстве относятся к периоду между 12 и 14 годами жизни [12, 13]. С 15-летнего возраста суицидальная и парасуицидальная активность детей резко возрастает, достигая своего пика к 16-18 годам [14, 15]. В возрастном диапазоне 12-14 лет свой аутоагрессивный характер демонстрируют с одинаковой частотой лица обоих полов. Начиная с 15-16 лет начинают заметно преобладать девушки [16, 17, 18]. По данным отечественных авторов [19] среди ранивших себя детей 42% – это школьники старших классов.

Нанесённые себе раны могут быть как единичны, так и множественны. Множественные порезы регистрируются у каждого четвертого пострадавшего [3], но и они не обязательно свидетельствуют о желании умереть. Медицинские работники, оказывающие помощь этим пациентам, в том числе травматологи и хирурги не всегда могут эффективно оценить истинность суицидальных намерений по характеру нанесенных ран, тем более точно квалифицировать возможные психические нарушения и эмоциональное состояние [20]. Многим пациентам требуется консультация врача

психиатра и/или психотерапевта, к сожалению, доступная не всегда [21].

Качественное оказание помощи данному контингенту ставит вопрос привлечения специалистов разного профиля. Тем не менее, в реальной клинической практике лечебные мероприятия часто ограничиваются чисто хирургическим компонентом. Среди возможных решений проблемы – более широкое освещение проблемы среди специалистов непсихиатрического профиля, оказывающих помощь этим пациентам, более глубокое изучение контингента применительно к конкретным территориям и стационарам, разработка мер профилактики.

Цель исследования: изучить основные характеристики умышленных самопорезов у детей и подростков среди обращающихся за медицинской помощью в стационары г. Тюмени.

Материал и методы исследования.

Обследовано 89 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет, обратившихся в приёмное отделение детского стационара крупной многопрофильной больницы г. Тюмени, оказывающей экстренную травматологическую помощь детям и подросткам.

Для постановки клинического диагноза резаных ран использовали принятые в экстренной травматологии методы диагностики: сбор жалоб и анамнеза, клиническое и лабораторное исследование. В каждом клиническом случае информация о факте самопореза передавалась в органы внутренних дел и вызывалась «на себя», в приемное отделение, специализированная психиатрическая бригада «скорой медицинской помощи».

Статистическая обработка клинического материала проводилась в Excel.

Результаты и их обсуждение.

Большинство (70,8%) пострадавших – девушки. Возраст в диапазоне от 12 до 17 лет, средний – 16 лет 4 мес. Наиболее часто наносили себе порезы и раны подростки 16-17 лет (62,9%), реже всего – дети 12-13 лет (4,49%).

Основным средством самоповреждений являлись лезвия бритв. В 95,5% случаях порезы локализовались на предплечьях, в единичных случаях на шее (n=3) и брюшной стенке (n=1). Обычно ранения наносились в области средней трети (75,5%) левого предплечья (79,8%). У 6,8% подростков раны располагались на обеих руках. В 4 случаях порезы сплошь покрывали поверхность рук ниже локтевого сустава (рис. 1).

Лишь в каждом пятом случае (21,4%) регистрировались единичные раны. Чаще (78,6%) преобладали множественные повреждения (максимально – 55), но практически во всех случаях (95,5%) они носили поверхностный характер. Глубокие раны были зафиксированы у 4 подростков, в т.ч. в трех случаях были порезаны вены шеи, включая наружную яремную вену с обильным ве-

нозным кровотечением. Ещё в одном случае – повреждены сухожилия разгибателей пальцев кисти.

При осмотре пострадавших у каждого пятого (19,1%) были обнаружены рубцы от порезов, нанесенных себе ранее.

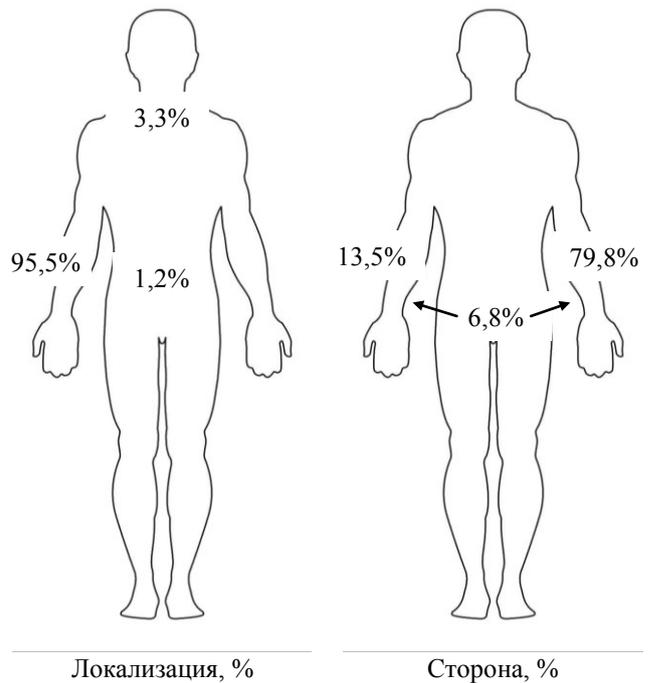


Рис. 1. Основные локализации порезов, в %.

Каждый десятый подросток (10,1%) на момент обращения за медицинской помощью находились в состоянии опьянения.

Оценка образовательного уровня показала, что 53,9% являлись учащимися школ, каждый пятый – 20,2% – колледжа или техникума, 3,4% – первых курсов ВУЗов, каждый шестой – 15,7% не учился.

При сборе анамнеза было установлено, что 4 ребенка, нанесших себе самопорезы, страдали психическими расстройствами и находились на диспансерном учете у психиатра.

Так же был проведен анализ периодичности самоповреждений в течение года. Результаты оценки показали наличие сезонных колебаний: наибольшее число (15,7%) в декабре, наименьшее (3,4%) – в феврале.

По дням недели: чаще совершались в пятницу (22,5%) и воскресенье (19,1%).

В течение суток наибольшее количество (58,5%) самоповреждение пришлось на вечернее время – с 17 до 24 часов.

Заключение.

Умышленные самоповреждения детей и подростков в виде самопорезов – немногочисленный клинический феномен в общей массе травматизма. Умышленные порезы в большинстве случаев располагаются в области нижней трети левого предпле-

чья, реже в зоне шеи или других областях. Чаще раны множественные, поверхностные и не угрожают жизни пострадавших. Тем не менее, аутоагрессивная направленность травмы, свидетельствует о ее психосоциальных основах, необходимости оказания не только хирургического пособия, но и более широкое привлечение специалистов в области психического здоровья, социальной поддержки, организации динамического наблюдения за данным контингентом.

Не менее важной задачей является повышения уровня медицинских работников (врачи, средние медицинские работники и др.), оказывающих помощь в условиях экстренного стационара, в области диагностики и превенции суицида и несуицидальных самоповреждений [22]. К востребованным мерам в практическом здравоохранении так же можно отнести более широкое привлечение психиатров в работе межпрофессиональных консилиумов и бригад.

В целом, полученные данные отражают необходимость более широкого изучения темы, разработки мер профилактики и повышения эффективности помощи данному контингенту пациентов.

Литература:

1. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Намеренные несуицидальные самоповреждения подростков. Часть I: поиск медицинской помощи, или «Путь далёкий до Типперери» // Суицидология. 2020. Т. 11, № 2. С. 15-32. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-15-32
2. Karrouri R. Self-injury in hospitalized patients: Concerning 19 cases // Encephale. 2017. V. 43, № 3. P. 212-216. DOI: 10.1016/j.encep.2016.05.003
3. Руженков В.А., Лобов Г.А., Боева А.В. Клиника аутодеструктивного поведения подростков мужского пола // Научные ведомости Белгородского государственного университета. 2010. Т. 75, № 4. С. 47-53.
4. Baguelin-Pinaud A., Seguy C., Thibaut F. Self-mutilating behavior: a study on 30 inpatients // Encephale. 2009. V. 35, № 6. P. 538-543. DOI: 10.1016/j.encep.2008.08.005
5. Дарьин Е.В. Несуицидальное самоповреждающее поведение у подростков // Медицинский вестник юга России. 2019. Т. 10, № 4. С. 6-14.
6. Lansted E., Gillander G.K. Deliberate self-harm and associated factors in 17-year-old Swedish students // Scand J Public Health. 2000. V. 39, № 1. P. 17-25. DOI: 10.1177/1403494810382941
7. Kidger J., Heron J., Lewis G., Evans J., Gunnell D. Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England // BMC Psychiatry. 2012. № 12. P. 69. DOI: 10.1186/1471-244X-12-69
8. Психиатрия / под ред. П. Шейдера / пер. с англ. М.: Практика, 1998. 221с.
9. Matsumoto T., Yamauchi A., Chiba Y., Asami T., Iseki E., Hirayasu Y. Patterns of self-cutting: a preliminary study on difference in clinical implications between wrist - and arm-cutting using a Japanese juvenile detention center sample // Psychiatr Clin Neurosci. 2004. V. 58, № 4. P. 377-382. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2004.01271.x
10. Крылова Е.С., Бебуришвили А.А., Каледа В.Г. Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суицидальным поведением // Суицидология. 2019. Т. 10, № 1. С. 48-57. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-48-57
11. Горбатов С.В., Арбузова Е.Н., Шаболтас А.В., Горбачева В.В. Особенности Я-концепции девочек подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением // Суицидология. 2020. Т. 11, № 1. С. 53-69. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-53-69
12. Lenkiewicz K., Racicka E., Brynska A. Self-injury – placement in mental disorders classifications, risk factors and primary mechanisms. Review of the literature // Psychiatr Pol. 2017. V. 51, № 2. P. 323-334. DOI: 10.12740/PP/62655
13. Лукашук А.В., Меринов А.В. Самоповреждения у подростков: подходы к терапии // Наука молодых. 2016. № 2. С. 67-69.
14. Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е., Зикеев С.А. Аутодеструктивное поведение подростков // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2016. № 1. С. 30-34.
15. Parkkari J., Sievanen H., Niemi S., Mattila V.M., Kannus P. Injury deaths in the adolescent population of Finland: a 43-year secular trend analysis between 1971 and 2013 // Inj Prev. 2016;22(4);239-246. doi: 10.1036/injuryprev-2015-041798.
16. Бохан Н.А., Евсеев В.Д., Мандель А.И., Пешковская А.Г. Обзор исследований несуицидальных форм самоповреждений по шкалам и опросникам NSSI // Суицидология. 2020. Т. 11, № 1. С. 70-83. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-70-83
17. Klonsky E.D. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions // Psychol Med. 2011. V. 41, № 9. P. 1981-1986. DOI: 10.1017/S0033291710002497
18. Muehlenkamp J.J., Gutterez P.M. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury // Arch Suicide Res. 2007. V. 11, № 1. P. 69-82. DOI: 10.1080/13811110600992902
19. 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. 26-28.
20. Olfson M., Gameroff M.J., Marcus S.C., Greenberg T., Shaffer D. Emergency treatment of young people following deliberate self-harm // Arch Gen Psychiatr. 2005. V. 62, № 10. P. 1122-1128. DOI: 10.1001/archpsyc.62.10.1122
21. Park H.Y., Kim Y.C., Park S.C., Cho Y.J., Sur Y.J. Comparison of the demographic and wound characteristic of non-suicidal and suicidal self-wrist cutting injuries // Medicine (Baltimore). 2020. V. 99, № 8. P. 19298. DOI: 10.1097/MD.00000000000019298
22. Розанов В.А., Прокопович Г.А., Лодягин А.Н., Синенченко А.Г. Современные модели суицидального поведения подростков и молодежи – значение для практического здравоохранения // Девиантология. 2020. Т. 4, № 1. С. 45-54.

MAIN CHARACTERISTICS OF DELIBERATE SELF-CUTTING IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN TYUMEN (WESTERN SIBERIA)

E.G. Skryabin, P.B. Zotov

Tyumen state medical University, Tyumen, Russia

Data on self-cutting of children and adolescents in Tyumen (Western Siberia, Russia). A total of 89 cases. Among the victims, 70.8% are girls, the average age is 16.4 years. The main means of cuts are razor blades. 95.5% of them are forearm cuts. 6.8% of them have injuries to both hands. In 78.6% – multiple cuts (maximum – 55), in 95.5% – superficial. One in five (19.1%) have scars from cuts inflicted on themselves earlier. Every tenth teenager (10.1%) was intoxicated at the time of treatment. In conclusion, the authors conclude that there is a need for a broader study of the topic, development of prevention measures and improvement of the effectiveness of care for this patient population.

Keywords: non-suicidal self-harm, self-cutting, suicide, teenagers, Tyumen, Western Siberia, Russia

СТРУКТУРА ПРОДАЖИ АЛКОГОЛЯ И СМЕРТНОСТЬ ОТ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОТРАВЛЕНИЯ В РОССИИ

Ю.Е. Разводовский¹, Ю.В. Мокров²

¹Институт биохимии биологически активных соединений НАН Беларуси, г. Гродно, Беларусь

²Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь

Целью настоящего исследования было изучение связи между структурой продажи алкоголя и уровнем смертности от острого алкогольного отравления в России на популяционном уровне. Методы: В сравнительном аспекте изучена структура продажи алкоголя и уровень смертности от острого алкогольного отравления в России в период с 1970 по 2015 гг. Статистическая обработка данных (корреляционный анализ Спирмана, кросс-корреляционный анализ «выбеленных» временных серий) проводилась с помощью программного пакета “Statistica 12. StatSoft”. Результаты: Установлена положительная связь между удельным весом водки в структуре продажи алкоголя и уровнем смертности от острого алкогольного отравления как среди мужчин, так и среди женщин. Показано также, что удельный вес пива в структуре продажи алкоголя отрицательно коррелирует с уровнем смертности от острого алкогольного отравления как среди мужчин, так и среди женщин. Выводы: результаты настоящего исследования, в целом, подтверждают рабочую гипотезу, согласно которой структура продажи алкоголя влияет на уровень смертности от острого алкогольного отравления.

Ключевые слова: смертность от острого алкогольного отравления, алкоголь, структура продажи, Россия

Смертность от острого алкогольного отравления относится к острым алкогольным проблемам, поскольку является следствием однократного употребления больших доз алкоголя [1-3]. По этой причине смертность от острого алкогольного отравления считается надежным индикатором уровня связанных с алкоголем проблем в тех странах, где преобладает так называемый интоксикационно-ориентированный или «северный» стиль потребления алкоголя [1]. Уровень острых алкогольных отравлений в России является одним из самых высоких в мире, что объясняется высоким общим уровнем потребления алкоголя в сочетании с «северным» стилем употребления больших доз крепких алкогольных напитков за короткий промежуток времени [5]. В одном из предыдущих исследований была показана тесная корреляция между уровнем смертности от острого алкогольного отравления и уровнем продажи водки [6]. Основываясь на этих данных, можно предположить существование связи между удельным весом водки в

структуре продажи алкоголя и уровнем смертности от острого алкогольного отравления в России.

Целью настоящего исследования было изучение связи между структурой продажи алкоголя и уровнем смертности от острого алкогольного отравления в России на популяционном уровне.

Материалы и методы.

В сравнительном аспекте изучена структура продажи алкоголя (удельный вес различных видов алкогольных напитков) и уровень смертности от острого алкогольного отравления в России в период с 1970 по 2015 гг. Стандартизированные половые и возрастные коэффициенты смертности от острого алкогольного отравления (в расчете на 1000 000 населения), а также уровень продажи различных видов алкогольных напитков (в литрах абсолютного алкоголя на душу населения) получены из публикаций Росстата. Статистическая обработка данных (описательная статистика, корреляционный анализ Спирмана, кросс-корреляционный анализ «выбеленных» временных серий) проводилась с помощью программного пакета “Statistica 12. StatSoft”. С целью приведения временного ряда к стационарному виду использовалась процедура дифференцирования [7].

Результаты.

В 1970-е годы структура продажи алкоголя была относительно стабильной и выглядела следующим образом: водка (58-63%), вино (20-25%), пиво (14-16%). Существенное снижение удельного веса водки в структуре продажи произошло в середине 1980-х гг. (рисунок 1). В этот период утраченные позиции водки были заняты пивом, удельный вес которого в структуре продажи вырос до 30%. В первой половине 1990-х гг. водка с лихвой отыграла свои позиции, достигнув в 1994 г. максимума за весь рассматриваемый период – 76%. В последующий период, вплоть до 2008 г. удельный вес водки в структуре продажи снизился на фоне роста уровня продажи пива.

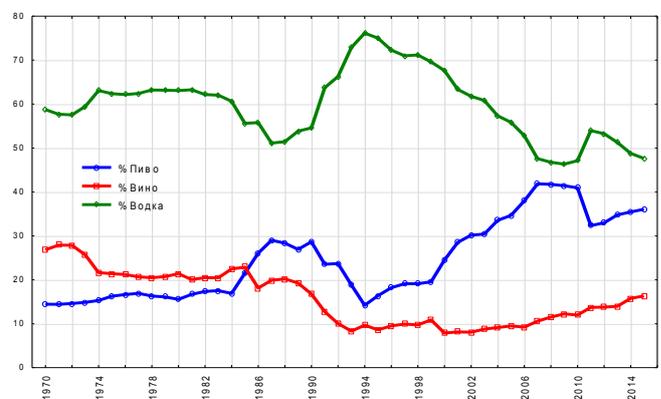


Рис. 1. Динамика удельного веса различных видов алкогольных напитков в структуре продажи алкоголя в России в период с 1970 по 2015 гг. (%).

Удельный вес вина в структуре продажи резко снизился в период с 1999 по 1993 гг., достигнув «дна», после чего стал расти, начиная с 2007 г.

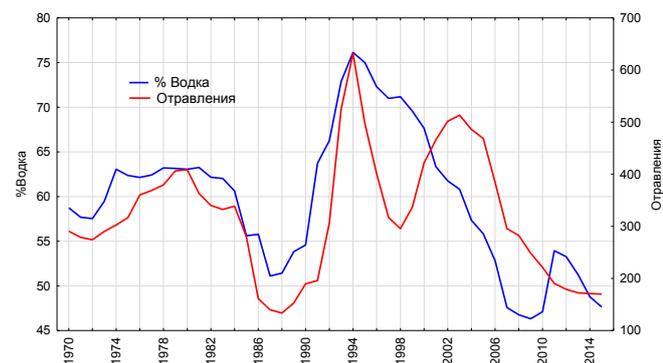


Рис. 2. Динамика удельного веса водки в структуре продажи алкоголя и уровня смертности от острого алкогольного отравления среди мужчин в России в период с 1970 по 2015 гг.

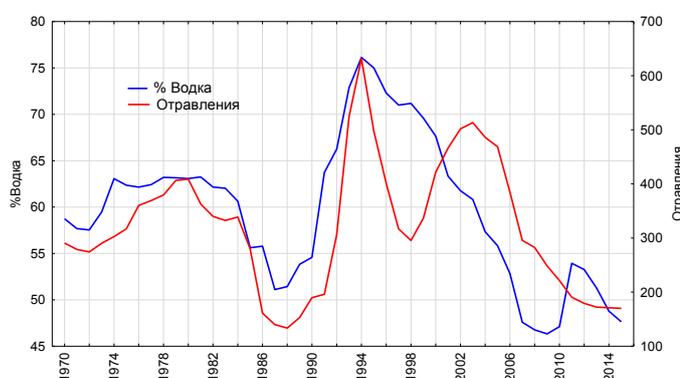


Рис. 3. Динамика удельного веса водки в структуре продажи алкоголя и уровня смертности от острого алкогольного отравления среди женщин в России в период с 1970 по 2015 гг.

Анализ графических данных говорит о том, что уровень смертности от острого алкогольного отравления как среди мужчин (рис. 2), так и среди женщин (рис. 3) в рассматриваемый период был подвержен резким колебаниям, причем в период с 1970 по 1998 гг. характер этих колебаний был схож с динамикой удельного веса водки в структуре продажи алкоголя. В последующий период динамика этих показателей существенно различалась. Так, например, в период с 1998 по 2003 гг. смертность росла на фоне снижения удельного веса водки

в структуре продажи алкоголя. Обратная ситуация имела место в период с 2009 по 2011 гг. (рис. 2, 3).

С помощью корреляционного анализа установлена положительная связь между удельным весом водки в структуре продажи алкоголя и уровнем смертности от острого алкогольного отравления как среди мужчин, так и среди женщин (табл. 1). Установлено также, что удельный вес вина отрицательно коррелирует с уровнем смертности как среди мужчин, так и среди женщин. Выявлена также слабая положительная связь между удельным весом пива в структуре продажи алкоголя и уровнем смертности от острого алкогольного отравления среди мужчин.

Кросс-корреляционный анализ «выбеленных» временных серий выявил существование положительной связи между удельным весом водки в структуре продажи алкоголя и смертностью от острого алкогольного отравления как среди мужчин, так и среди женщин (табл. 1). Далее, отрицательная связь между удельным весом вина в структуре продажи алкоголя и уровнем смертности среди мужчин и женщин, выявленная с помощью корреляционного анализа Спирмана не была подтверждена с помощью кросс-корреляционного анализа «выбеленных» временных серий. Кроме того, была выявлена обратная связь между удельным весом пива и смертностью от острого алкогольного отравления как среди мужчин, так и среди женщин (табл. 1).

Обсуждение.

Резкие изменения структуры продажи алкоголя в рассматриваемый период были обусловлены влиянием различных социально-экономических факторов. Существенное снижение удельного веса водки произошло в период антиалкогольной кампании вследствие снижения физической и экономической доступности крепкого алкоголя [1]. Основными факторами резкого роста удельного веса водки в первой половине 1990-х гг. были: рост ее физической и экономической доступности в связи с отменой государственной алкогольной монополии в 1992 г и отставания роста цен на водку по сравнению с основными продуктами питания [4].

Начало так называемой «пивной революции» в 1995 г соотносится с началом агрессивной рекламной кампании пива на фоне введения запрета рекламы водки в средствах массовой информации [8].

Таблица 1

Результаты корреляционного анализа Спирмана и кросс-корреляционного анализа «выбеленных» временных серий

Отравления	Водка		Вино		Пиво	
	корреляция	кросс-корреляция	корреляция	кросс-корреляция	корреляция	кросс-корреляция
Мужчины	0,66*	0,43*	-0,42*	-0,14	-0,30*	-0,40*
Женщины	0,61*	0,37*	-0,49*	-0,09	-0,20	-0,36*

В последующие годы международные кампании развивали пивную отрасль России, вкладывая крупные инвестиции и наращивая объемы производства [9]. Следует также отметить, что рост удельного веса пива в структуре продажи алкоголя является отражением Европейского тренда последних десятилетий - гомогенизация стилей потребления алкоголя с вытеснением из структуры потребления крепких алкогольных напитков слабоалкогольными напитками [10].

Результаты анализа временных серий, проведенного в рамках настоящего исследования, подтвердили рабочую гипотезу о влиянии структуры продажи алкоголя на уровень смертности от острого алкогольного отравления. Как и ожидалось, выявлена положительная связь на популяционном уровне между удельным весом водки в структуре продажи алкоголя и смертностью от острого алкогольного отравления. Кроме того, обнаружена отрицательная связь между удельным весом пива в структуре продажи алкоголя и уровнем смертности от острого алкогольного отравления.

Полученные данные могут быть использованы в качестве аргумента в пользу так называемой «экономики замещения», суть которой заключается в увеличении доли слабоалкогольных напитков в структуре продажи алкоголя посредством дифференцированного налогообложения. Данная стратегия алкогольной политики активно применяется в странах Скандинавии, однако оценки ее эффективности достаточно противоречивы [10].

В заключение следует отметить ограничения данного исследования, которые могли оказать влияние на его результат. В первую очередь следует отметить, что анализ временных серий не исключает полностью вероятность ложной корреляции между изучаемыми переменными [7]. Кроме того, уровень смертности от острого алкогольного отравления подвержен влиянию различных неучтенных в данном исследовании факторов, таких, например, как токсичность лицензированного алкоголя, потребление суррогатов алкоголя, организация неотложной медицинской помощи и т.д. [11-15]. Влиянием этих факторов может быть объяснена противоположно направленная динамика изучаемых показателей в период с 1998 по 2003 гг., а также в период с 2009 по 2011 г. Существование неучтенных переменных значительно осложняет оценку связи между структурой продажи алкоголя и уровнем смертности. Еще одним ограничением данного исследования является низкая надежность данных уровня продажи алкоголя в силу существования теневого рынка алкоголя [8].

Таким образом, результаты настоящего исследования, в целом, подтверждают рабочую гипотезу, согласно которой структура продажи алкоголя

влияет на уровень смертности от острого алкогольного отравления. Полученные данные косвенно свидетельствуют в пользу стратегии замещения в структуре продажи крепких алкогольных напитков слабоалкогольными.

Литература:

1. Немцов А.В. Алкогольная история России: новейший период. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. 320 с.
2. Разводовский Ю.Е., Смирнов В.Ю., Зотов П.Б. Прогнозирование уровня фатальных алкогольных отравлений в России // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2016. Т. 24, № 4. С. 67–76.
3. Иванова А.Е., Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Евдокухина Г.П., Гаврилов Л.А. Российская смертность в 1965-2002 гг.: основные проблемы и резервы снижения // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2004. № 1. С. 20–30.
4. Немцов А.В., Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в России, 1980-2005 // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. № 2. С. 52–60.
5. Zaridze D., Maximovitch D., Lazarev A. et al Alcohol poisoning is a main determinant of recent mortality trends in Russia: evidence from a detailed analysis of mortality statistics and autopsies // International Journal of Epidemiology. 2008. № 38. P. 143–153.
6. Razvodovsky Y.E. Beverage Specific Alcohol Sale and Mortality in Russia // Alcoholism. 2010. V. 46, № 2. С. 63–75.
7. Box GEP, Jenkins GM. Time Series Analysis: forecasting and control. London. Holden-Day Inc. 1976.
8. Рощина Я.М. Динамика и структура потребления алкоголя в современной России // Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ. 2012. № 2. С. 238–257.
9. Тапилина В. Сколько пьет Россия? Объем, динамика и дифференциация потребления алкоголя // Социологические исследования. 2006. № 2. С. 85–94.
10. Разводовский Ю.Е. Алкогольная политика в Европейской перспективе // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2005. № 1. С. 21–24.
11. Родяшин Е.В., Зотов П.Б., Габсалимов И.Н., Уманский М.С. Алкоголь среди факторов смертности от внешних причин // Суцидология. 2010. № 1. С. 21–23.
12. Разводовский Ю.Е. Алкогольные отравления и гендерный градиент ожидаемой продолжительности жизни в Беларуси // Девиантология. 2017. Т. 1, № 1. С. 21–26.
13. Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Evdokushkina G.N., Gavrilov L.A. The response of violent mortality to economic crisis in Russia // Population Research and Policy Review. 2000. V. 19. P. 397–419.
14. Nemtsov A.V., Razvodovsky Y.E. Russian alcohol policy in false mirror // Alcohol & Alcoholism. 2016. № 4. P. 21.
15. Razvodovsky Y.E. Fatal Alcohol Poisonings and Poisonings by Other Toxic Substances in Russia // J. Addiction Research Therapy. 2017. V. 8. P. 1–5.

STRUCTURE OF ALCOHOL SALE ON MORTALITY FROM ACUTE ALCOHOL POISONINGS IN RUSSIA

Y.E. Razvodovsky¹, Y.V. Mokrov²

¹Institute biochemistry of biologically active substances Academy of science of Belarus, Grodno, Belarus

²Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The aim of this work was to investigate the relationship between the structure of alcohol sale and the level of mortality from acute alcohol poisonings in Russia at the population level. Methods: A comparative analysis of structure of alcohol sale and mortality from acute alcohol poisonings in Russia between 1970 and 2015 was performed. To examine

the relationship between the independent variables (share of different types of alcoholic beverages) and dependent variables (mortality from acute alcohol poisonings), a time series analysis (Spearman's correlation analysis, cross-correlation of "prewhitened" time series) was performed using the statistical package "Statistica 12.StatSoft". Results: The results of time-series analysis suggest a strong positive relationship between the share of vodka in the structure of alcohol sale and mortality from acute alcohol poisonings both among men and women. It was also shown that the share of beer in the structure of alcohol sale negatively correlates with the mortality from acute alcohol poisonings both among men and women. Conclusions: The results of present study lend support to the hypothesis postulating that structure of alcohol sale affects the mortality from acute alcohol poisonings rates.

Keywords: mortality from acute alcohol poisonings, alcohol, structure of sale, Russia

