

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР  
П.Б. Зотов, д.м.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ  
М.С. Уманский, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ  
КОЛЛЕГИЯ

Н.А. Бохан, академик РАН,  
д.м.н., профессор (Томск)  
А.В. Зырянов, д.м.н. (Тюмень)  
Е.Б. Любов, д.м.н., профессор  
(Москва)  
М.В. Малишевский, д.м.н.,  
професор (Тюмень)  
А.В. Меринов, д.м.н., доцент  
(Рязань)  
Ю.Е. Разводовский, к.м.н., с.н.с.  
(Гродно, Беларусь)  
В.А. Розанов, д.м.н., профессор  
(Одесса, Украина)  
Н.Б. Семенова, д.м.н., в.н.с.  
(Красноярск)  
Н.В. Солдаткина, д.м.н.  
(Ростов-на-Дону)  
О.А. Суховская, д.б.н.  
(Санкт-Петербург)

EDITOR IN CHIEF  
P.B. Zotov, Ph. D., prof.

RESPONSIBLE SECRETARY  
M.S. Umansky, M.D.

EDITORIAL COLLEGE

N.A. Bokhan, acad. RAS,  
Ph. D., prof. (Tomsk, Russia)  
A.V. Zirjanov, Ph. D.  
(Tyumen, Russia)  
E.B. Lyubov, Ph. D., prof.  
(Moscow, Russia)  
M.V. Malishevsky, Ph. D., prof.  
(Tyumen, Russia)  
A.V. Merinov, Ph. D.  
(Ryazan, Russia)  
Y.E. Razvodovsky, M.D.  
(Grodno, Belarus)  
V.A. Rozanov, Ph. D., prof.  
(Odessa, Ukraine)  
N.V. Soldatkina, Ph. D.  
(Rostov-on-Don, Russia)  
O.A. Sukhovskaya, Ph. D.  
(St. Petersburg, Russia)

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

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

ISSN 2307-4698

16+

## Содержание

- Ю.Е. Разводовский*  
Продажа алкоголя и эпидемиологические  
параметры алкоголизма в Беларуси ..... 3
- А.В. Лукашук, М.А. Байкова*  
Терапевтические аспекты коррекции  
аутодеструктивного поведения у подростков ..... 9
- С.В. Харитонов*  
Эффективность терапии травой зверобоя  
и комплаенс пациентов с депрессивными  
расстройствами ..... 13
- Н.Ю. Федунина, Г.С. Банников*  
Связь семейной сплоченности и адаптивности  
по опроснику FACES-3 с проявлениями  
социально-психологического неблагополучия  
несовершеннолетних ..... 22
- М.Ю. Нечин*  
Клинико-терапевтические характеристики  
алкогольной зависимости у женщин ..... 36
- Ю.И. Доян, О.А. Кичерова, Л.И. Рейхерт,  
Т.В. Постникова, А.В. Кравченко, Е.И. Кустова*  
Случай геморрагического инсульта у пациентки,  
страдающей системной красной волчанкой ..... 42
- П.Б. Зотов*  
Образ суицидента в представлении  
педагогов-психологов ..... 47
- Информация для авторов ..... 51

## Contents

<i>Y.E. Razvodovsky</i> Alcohol sale and epidemiological parameters of alcoholism in Belarus .....	3
<i>A.V. Lukashuk, M.A. Baykova</i> Therapeutic aspects of correction of self-destructive behavior in adolescents .....	9
<i>S.V. Kharitonov</i> The effectiveness of treatment with the herb St. John's wort and compliance of patients with disorders of the depressive spectrum, depending on their perception of the professionalism of the attending physician.....	13
<i>N.Yu. Fedunina, G.S. Bannikov</i> Association of family cohesion and adaptation in FACES-3 scale with psychological wellbeing in adolescence .....	22
<i>M.Y. Nechin</i> Clinical and therapeutic characteristics of alcohol dependence in women .....	36
<i>Y.I. Doan, O. A. Kicherova, L.I. Reykhert, T.V. Postnikov, A.V. Kravchenko, E.I. Kustov</i> The case of hemorrhagic stroke in patients suffering from systemic Lupus Erythematosus .....	42

Индекс подписки: 57985  
Каталог НТИ  
ОАО «Роспечать»

Журнал включен в Российский  
индекс научного цитирования  
(РИНЦ)

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

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

Адрес для переписки:  
625041, Тюмень, а/я 4600  
Телефон: (3452) 73-27-45  
Факс: (3452) 54-07-07  
E-mail: sibir@sibtel.ru  
Заказ № 182 Тираж 700 экз.  
Подписан в печать 29.12.16 г.  
Цена свободная

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

При перепечатке материалов  
ссылка на журнал "Тюменский  
медицинский журнал"  
обязательна.

Редакция не несет  
ответственности за содержание  
рекламных материалов.  
Редакция не всегда  
разделяет мнение авторов  
опубликованных работ.

<i>P.B. Zotov</i> The image of suicide in the view of educational psychologists .....	47
Information .....	51

Интернет-ресурсы: [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)  
<http://cyberleninka.ru/journal/n/tyumen-medical-journal>  
<http://globalf5.com/Zhurnaly/Medicina/tyumen-medical-journal/>

УДК: 616:02

## ПРОДАЖА АЛКОГОЛЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ АЛКОГОЛИЗМА В БЕЛАРУСИ

*Ю.Е. Разводовский*

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Контактная информация:

Разводовский Юрий Евгеньевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории УО «Гродненский государственный медицинский университет». Адрес: Республика Беларусь, 230009, г. Гродно, ул. Горького, 80. Телефон: +375-152-70-18-84, электронный адрес: razvodovsky@tut.by

В настоящей работе проведен сравнительный анализ динамики уровня продажи различных видов алкогольных напитков и уровня эпидемиологических параметров алкоголизма в Беларуси в период с 2000 по 2015 годы. Результаты корреляционного анализа Спирмана выявили статистически значимую положительную связь между уровнем продажи плодово-ягодного вина и уровнем заболеваемости алкоголизмом ( $r=0,55$ ;  $p<0,033$ ), уровнем заболеваемости алкогольными психозами ( $r=0,509$ ;  $p<0,050$ ), а также уровнем болезненности алкогольными психозами ( $r=0,88$ ;  $p<0,000$ ). Учитывая результаты корреляционного анализа, можно предположить, что существенное снижение уровня эпидемиологических параметров алкоголизма, отмечавшееся в Беларуси после 2011 года, в значительной степени было обусловлено снижением уровня продажи плодово-ягодного вина.

*Ключевые слова:* алкоголизм, эпидемиология, продажа алкоголя, Беларусь.

Беларусь, также как и другие славянские республики бывшего Советского Союза страдает от тяжелого бремени алкогольных проблем [2, 5, 7-9, 13, 16-18]. Согласно экспертным оценкам, в Беларуси прямые экономические потери, связанные с алкоголем в 2008 году составляли 7,23% ВВП [2]. При этом соотношение доходов государства от торговли алкоголем к прямому экономическому ущербу, связанному с его потреблением составили 1:10, то есть, каждый рубль дохода от торговли алкоголем оборачивается десятикратным экономическим ущербом. Если же учесть многочисленные не прямые расходы, ассоциирующиеся с потреблением алкоголя, то соотношение может составить 1:20 [2].

Официальная государственная антиалкогольная политика Беларуси декларирует комплекс мер, направленных на снижение уровня потребления алкоголя и уровня различных проблем, ассоциирующихся с его потреблением [2, 10]. В частности, в течение последних пятнадцати лет были реализованы три государственные антиалкогольные программы. Постановлением Совета Министров Беларуси № 1332 от 23 августа 2000 г. была утверждена «Государственная

программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2000-2005 гг.». Программа предусматривала сокращение объемов производства крепких алкогольных напитков (крепостью более 28% об.) и, одновременно, увеличение выпуска высококачественных вин, пива, а также безалкогольных напитков. Кроме того, предусматривалось введение запрета на рекламу алкогольной продукции.

Постановлением Совета Министров № 556 от 27 апр. 2006 была утверждена Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2006-2010 гг. Особое значение в программе придавалось совершенствованию законодательства по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма и их последствий, ужесточению ответственности за распитие, реализацию алкогольных изделий несовершеннолетними. Программой также предусматривалось сокращение производства плодовых вин, включая винные плодово-ягодные изделия и др. дешевые спиртосодержащие изделия в среднем на 10% в год. Предусматривалось проведение комплексных проверок, направленных на выявление

нарушений законодательства в сфере лицензирования оптовой и розничной торговли алкогольными изделиями. Программа включала широкий спектр мероприятий по повышению эффективности работы наркологической службы республики.

Постановлением Совета Министров Республики Беларусь № 27 от 11 января 2011 г. была утверждена Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011–2015 годы. Основной целью реализации Государственной программы являлось снижение уровня потребления алкоголя населением и уменьшение негативных последствий его потребления для общества. Данную цель планировалось достичь, главным образом, пропагандой здорового образа жизни включая: информирование населения о вредных последствиях употребления самогона, непищевой спиртосодержащей продукции; создание тематических рубрик, выпуск публикаций, телерадиопрограмм, пропагандирующих трезвый образ жизни; освещение в средствах массовой информации культурно-массовых и спортивных мероприятий, тематических вечеров и выступлений по вопросам профилактики пьянства и алкоголизма, правонарушений и преступлений, совершаемых в состоянии алкогольного опьянения.

В свете вышеизложенного представляется актуальным оценить эффективность реализации государственных антиалкогольных программ в Беларуси с использованием динамики

косвенных индикаторов уровня алкогольных проблем.

Целью настоящей работы был сравнительный анализ динамики уровня эпидемиологических параметров алкоголизма и уровня продажи алкоголя в Беларуси в период с 2000 по 2015 годы.

Материалы и методы.

Анализировались следующие показатели:

– заболеваемость алкоголизмом (число впервые выявленных больных, страдающих алкогольной зависимостью в расчете на 100 тысяч населения);

– заболеваемость алкогольными психозами (число впервые выявленных больных с алкогольными психозами в расчете на 100 тысяч населения);

– болезненность алкоголизмом (число больных алкоголизмом, состоящих на диспансерном учете в расчете на 100 тысяч населения);

– болезненность алкогольными психозами (число лиц с алкогольными психозами, состоящих на диспансерном учете в расчете на 100 тысяч населения);

– число больных алкоголизмом и алкогольными психозами, пролеченных стационарно в расчете на 100 тысяч населения;

– уровень продажи различных видов алкогольных напитков (в литрах абсолютного алкоголя на душу населения).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного пакета "STATISTICA".

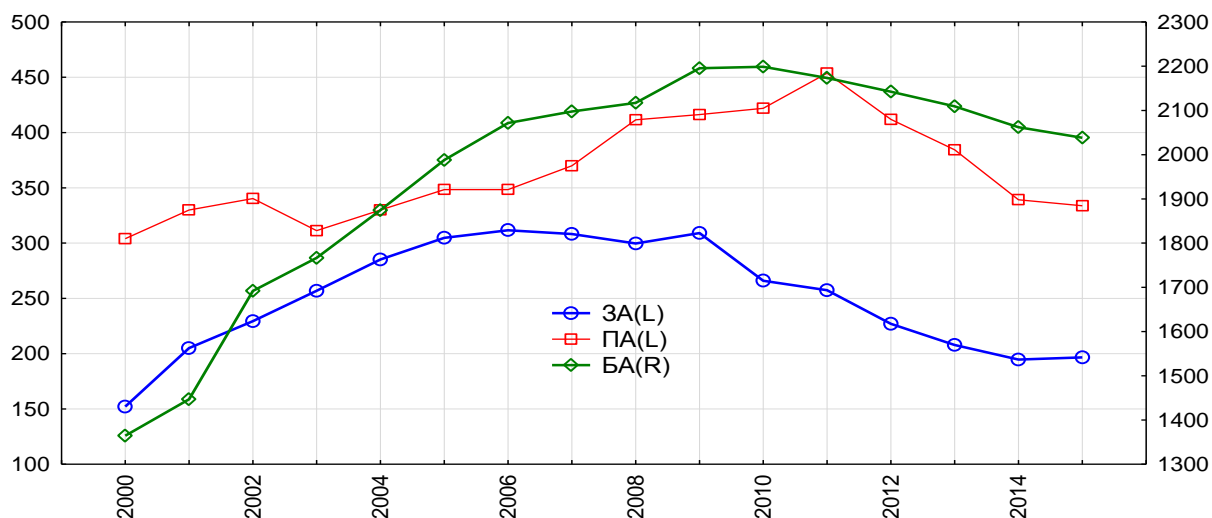


Рис. 1. Динамика уровня заболеваемости алкоголизмом (ЗА), болезненности алкоголизмом (БА), числа пациентов, пролеченных по поводу алкоголизма (ПА) в Беларуси.

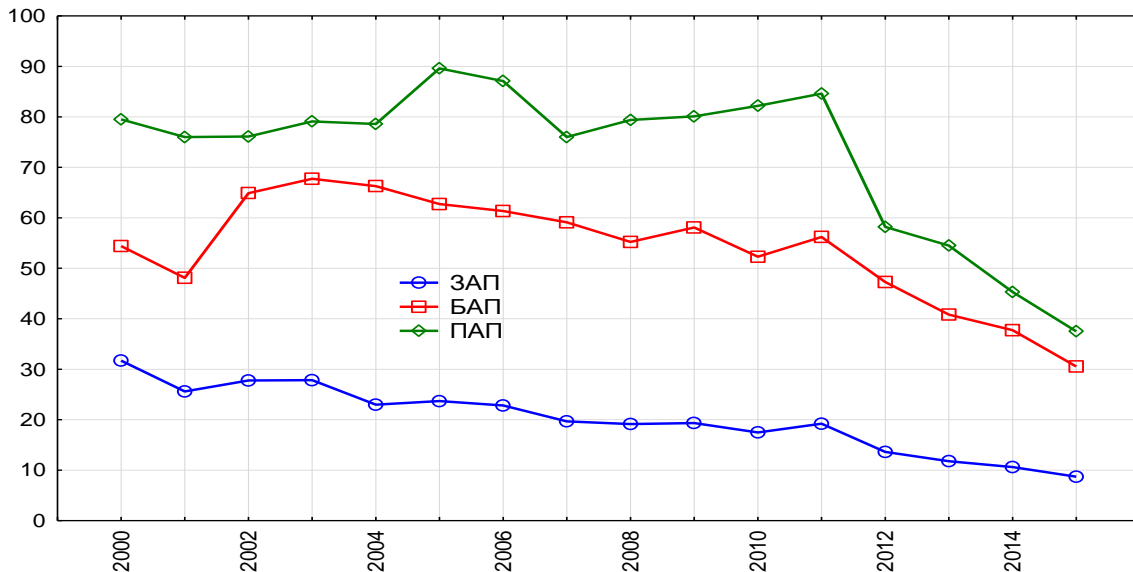


Рис. 2. Динамика уровня заболеваемости алкогольными психозами (ЗАП), болезненности алкогольными психозами (БАП), числа пациентов, пролеченных по поводу алкогольных психозов (ПАП) в Беларуси.

#### Результаты и обсуждение.

В период с 2000 по 2015 годы уровень заболеваемости алкоголизмом в Беларуси вырос на 29,2% (152,2 до 196,6 на 100 тыс. населения), уровень болезненности алкоголизмом вырос в 1,5 раза (с 1364,4 до 2038,1 на 100 тыс. населения), число пациентов, пролеченных стационарно по поводу алкогольной зависимости выросло на 9,8% (с 304 до 333,8 на 100 тыс. населения). В тоже время, уровень заболеваемости алкогольными психозами снизился в 3,6 раза (с 31,7 до 8,7 на 100 тыс. населения), уровень болезненности алкогольными психозами

снизился в 1,8 раза (с 54,4 до 30,6 на 100 тыс. населения), а число пациентов с алкогольными психозами, пролеченных стационарно, снизилось в 2,1 раза (с 79,5 до 37,5 на 100 тыс. населения).

Графические данные, представленные на рис. 1 свидетельствуют о том, что уровень заболеваемости алкоголизмом линейно рос вплоть до 2006 года, после чего стал снижаться. Уровень болезненности алкоголизмом и число пациентов с алкогольной зависимостью, пролеченных стационарно росли вплоть до 2010 и 2011 гг. соответственно, после чего стали снижаться.

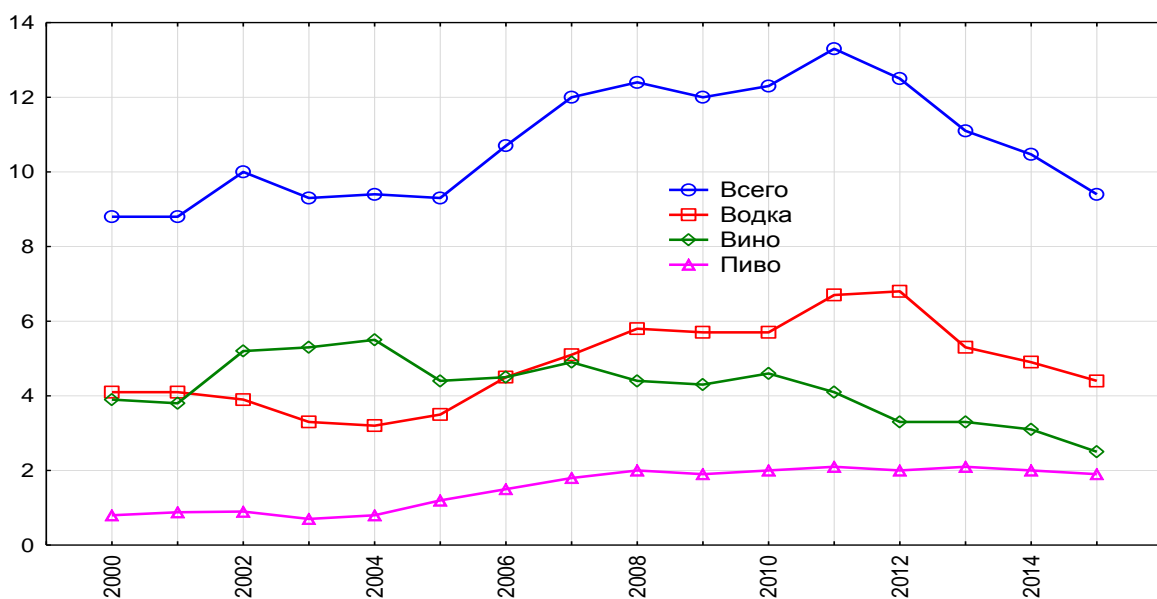


Рис. 3. Динамика уровня продаж различных видов алкогольных напитков в Беларуси.

Показатели заболеваемости и болезненности алкогольными психозами, а также число пациентов с алкогольными психозами, пролеченных стационарно на протяжении рассматриваемого периода демонстрировали тенденцию к снижению, причем темпы снижения уровней данных показателей выросли после 2011 г. (рис. 2).

Динамика показателей заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами в период с 2000 по 2009 гг. воспроизводит описанные ранее «ножницы» [3-6]. По всей видимости, ключевым фактором роста уровня заболеваемости алкоголизмом в этот период было активное выявление и постановка на учет пациентов, страдающих алкогольной зависимостью. Как было показано ранее, уровень заболеваемости алкогольными психозами в меньшей степени подвержен влиянию такого рода факторов [1].

Уровень продажи алкоголя является одним из основных косвенных индикаторов, характеризующих алкогольную ситуацию в стране [8]. В рассматриваемый период общий уровень продажи алкоголя вырос на 2,3% (с 8,8 до 9,0 литра), уровень продажи водки вырос на 4,9% (с 4,1 до 4,3 литра), уровень продажи пива вырос на 125% (с 0,8 до 1,8 литра), в то время как уровень продажи плодово-ягодного вина снизился на 25,6% (с 3,9 до 2,9 литра).

На рисунке 3 представлена динамика уровня продажи алкоголя, включая уровень продажи различных видов алкогольных напитков. Общий уровень продажи алкоголя демонстрировал тенденцию к росту с пиком в 2011 году, после чего стал снижаться. Уровень продажи водки рос

вплоть до 2012 г., после чего также стал снижаться. Уровень продажи вина существенно снизился в 2005 г., после чего оставался относительно стабильным вплоть до 2010 г., а затем снова стал снижаться. Продажа пива, достигнув уровня двух литров на душу населения в 2008 г., оставалась стабильной до конца рассматриваемого периода.

Известно, что последствия употребления алкоголя в значительной степени определяются дозой, стилем, а также видом употребляемого алкогольного напитка [8, 12, 14]. Высокий уровень связанных с алкоголем проблем в Беларуси ассоциируется с употреблением крепких алкогольных напитков в течение короткого промежутка времени [14, 15]. Крепленые плодово-ягодные винные напитки, содержащие 18 об% спирта, по причине своей дешевизны, пользуются популярностью у лиц, злоупотребляющих алкоголем и обычно употребляются без закуски с целью достижения алкогольной интоксикации [19]. В структуре продажи вина плодово-ягодные вина занимают около 90% [11].

В рассматриваемый период существенно изменилась структура продажи алкоголя: вырос удельный вес водки и пива, в то время как удельный вес вина наоборот, снизился. Существенное снижение удельного веса вина в структуре продажи алкоголя произошло в период с 2010 по 2015 гг. По всей видимости, снижение уровня продажи плодово-ягодного вина после 2010 года было обусловлено снижением его экономической доступности [10].

Таблица 1

Связь между эпидемиологическими параметрами алкоголизма (заболеваемость алкоголизмом (ЗА), заболеваемость алкогольными психозами (ЗАП), болезненность алкоголизмом (БА), болезненность алкогольными психозами (БАП), число пациентов, пролеченных по поводу алкоголизма (ПА) и алкогольных психозов (ПАП)) и уровнем продажи алкоголя. Результаты корреляционного анализа Спирмана

Параметр	Всего		Водка		Вино		Пиво	
	г	р	г	р	г	р	г	р
ЗА	0,333	0,225	0,066	0,814	0,550	0,033	0,028	0,918
ЗАП	-0,732	0,001	-0,733	0,001	0,509	0,050	-0,898	0,000
БА	0,906	0,000	0,826	0,000	-0,148	0,597	0,805	0,000
БАП	-0,275	0,319	-0,604	0,016	0,880	0,000	-0,631	0,011
ПА	0,909	0,000	0,844	0,000	-0,169	0,546	0,829	0,000
ПАП	0,039	0,889	-0,047	0,866	0,363	0,182	-0,121	0,667

Кроме того, в 2011 г. в ряде регионов республики решением местных администраций проводились эксперименты по полному запрету продажи плодово-ягодных вин [10]. Учитывая тот факт, что основными их потребителями являются лица, злоупотребляющие алкоголем [19], можно сделать вывод, что данная категория потребителей чувствительна к снижению экономической доступности алкоголя.

Согласно результатам корреляционного анализа Спирмана заболеваемость алкоголизмом статистически значимо коррелирует с уровнем продажи вина (табл. 1).

Заболеваемость алкогольными психозами положительно коррелирует с уровнем продажи вина и отрицательно коррелирует с общим уровнем продажи алкоголя, а также с уровнем продажи водки и пива. Болезненность алкоголизмом прямо коррелирует с общим уровнем продажи алкоголя, а также с уровнем продажи водки и пива. Болезненность алкогольными психозами прямо связана с уровнем продажи вина и обратно связана с уровнем продажи водки и пива. Число пациентов, пролеченных по поводу алкоголизма, статистически значимо коррелирует с общим уровнем продажи алкоголя, а также с уровнем продажи водки и пива.

Результаты корреляционного анализа говорят о том, что заболеваемость алкоголизмом и алкогольными психозами, а также болезненность алкогольными психозами коррелирует с уровнем продажи вина, в то время как болезненность алкоголизмом и число пациентов, пролеченных по поводу алкогольной зависимости коррелирует с общим уровнем продажи алкоголя, а также с уровнем продажи водки и пива. Представленные данные могут указывать на то, что уровень эпидемиологических параметров алкоголизма зависит как от общего уровня продажи алкоголя, так и от структуры продажи. Наличие связи между заболеваемостью алкогольными психозами и уровнем продажи вина на популяционном уровне согласуется с результатами исследования на индивидуальном уровне, которые указывают на распространенность потребления плодово-ягодных вин среди пациентов, страдающих алкогольной зависимостью [19].

Анализ графических данных говорит о том, что на фоне тенденции к снижению в 2011 году отмечался незначительный всплеск уровня забо-

леваемости и болезненности алкогольными психозами, что соотносится с ростом уровня продажи алкоголя, обусловленным ростом его экономической доступности (рис. 2). В пользу того, что этот всплеск не является артефактом, говорит то обстоятельство, что в 2011 году уровень смертности от причин, непосредственно связанных с алкоголем (острые алкогольные отравления, хронический алкоголизм, алкогольный психоз, алкогольная болезнь печени) на фоне тенденции к снижению существенно вырос в 2011 году [10]. Так же как и уровень смертности от других причин, уровень алкогольной смертности существенно снизился после 2011 года [10].

Следует отметить важное ограничение настоящего исследования, которое заключается в отсутствии данных общего уровня потребления алкоголя. В проведенных ранее исследованиях было оценено, что теневой оборот алкоголя в Беларуси достигает 25% от уровня официальной продажи [9]. В этой связи, потребление незарегистрированного алкоголя может быть неучтенной переменной, оказавшей влияние на динамику уровня эпидемиологических параметров алкоголизма в рассматриваемый период. Вместе с тем, учитывая резкое снижение уровня всех эпидемиологических параметров алкоголизма, являющимися чувствительными индикаторами уровня алкогольных проблем, снижение уровня продажи алкоголя в Беларуси после 2011 года не сопровождалось ростом уровня потребления незарегистрированного алкоголя.

Таким образом, три государственные антиалкогольные программы, реализованные в Беларуси на протяжении последних пятнадцати лет, не достигли своей главной декларируемой цели – снижения уровня продажи алкоголя. Вместе с тем, в рассматриваемый период отмечалось значительное снижение уровня одного из самых надежных косвенных индикаторов алкогольных проблем – уровня заболеваемости алкогольными психозами. Результаты настоящего исследования позволяют говорить о том, что существенное снижение уровня эпидемиологических параметров алкоголизма после 2011 года явилось следствием снижения уровня продажи алкоголя, что, в свою очередь, было обусловлено снижением уровня его экономической доступности. Учитывая результаты корреляционного анализа, выявившего тесную связь меж-

ду уровнем заболеваемости алкоголизмом, алкогольными психозами и уровнем продажи вина, можно предположить, что существенное снижение уровня эпидемиологических параметров алкоголизма после 2011 года в значительной степени было обусловлено снижением уровня продажи плодово-ягодного вина. В за-

Литература:

1. Авербах Я.К. Шамота А.З. Потребление алкоголя и некоторые показатели алкоголизации населения // Вопросы наркологии. – 1992. – № 2. – С. 32–37.
2. Медведев А.С., Кралько А.А., Разводовский Ю.Е., Статкевич Д.А., Щербичкая Е.С. Медико-социальные и социально-экономические последствия употребления алкоголя в Республике Беларусь. – Минск, 2013. – 157 с.
3. Разводовский Ю.Е. Алкоголизм и алкогольные психозы в Беларуси в период 1970-1999 гг. // Журн. невролог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2002. – № 10. – С. 58–63.
4. Разводовский Ю.Е. Заболеваемость алкогольными психозами как индикатор уровня алкогольных проблем // Здравоохранение. – 2002. – № 11. – С. 14–15.
5. Разводовский Ю.Е. Эпидемиология алкоголизма в Беларуси. – Гродно, 2004.
6. Разводовский Ю.Е. Заболеваемость алкоголизмом в Беларуси и России // Здравоохранение. – 2008. – № 10. – С. 26–29.
7. Разводовский Ю.Е. Эпидемиология алкогольных психозов в России и Беларуси, 1980-2005 годы // Медицина. – 2008. – № 3. – С. 72–75.
8. Разводовский Ю.Е. Алкоголизм: медицинские и социальные аспекты. – Berlin: LAP Lambert Academic Publishing Gmb & Co. KG, 2012. – 294 с.
9. Разводовский Ю.Е. Алкогольные проблемы в Беларуси: эпидемиологический анализ. – LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co.KG: Saarbruken, 2012. – 237.
10. Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в Беларуси в контексте алкогольной политики // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – № 1. – С. 35–42.
11. Разводовский Ю.Е. Крепленые плодово-ягодные вина как фактор алкоголизации населения // Собиология. – 2016. – № 3. – С. 55–60.
12. Разводовский Ю.Е., Зотов П.Б. Алкогольные отравления и эпидемиологические параметры алкоголизма в России // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2016. – № 2. – Р. 64–67.

ключении следует отметить, что государственная антиалкогольная политика не должна ограничиваться декларациями о намерениях, а предусматривать конкретные меры по ограничению физической и экономической доступности алкоголя.

References:

1. Averbah Ja.K. Shamota A.Z. Potreblenie alkogolja i nekotorye pokazateli alkogolizacii naselenija // Voprosy narkologii. – 1992. – № 2. – S. 32–37. (In Russ)
2. Medvedev A.S., Kral'ko A.A., Razvodovskij Ju.E., Statkevich D.A., Shherbickaja E.S. Mediko-social'nye i social'no-jekonomicheskie posledstvija upotreblenija alkogolja v Respublike Belarus'. – Minsk, 2013. – 157 s. (In Russ)
3. Razvodovskij Ju.E. Alkogolizm i alkogol'nye psihozy v Belarusi v period 1970-1999 gg. // Zhurn. nevrollog. i psihiatr. im. S.S. Korsakova. – 2002. – № 10. – S. 58–63. (In Russ)
4. Razvodovskij Ju.E. Zabolevaemost' alkogol'nymi psihozami kak indikator urovnja alko-gol'nyh problem // Zdravoohranenie. – 2002. – № 11. – S. 14–15. (In Russ)
5. Razvodovskij Ju.E. Jepidemiologija alkogolizma v Belarusi. – Grodno, 2004. (In Russ)
6. Razvodovskij Ju.E. Zabolevaemost' alkogolizmom v Belarusi i Rossii // Zdravoohranenie. – 2008. – № 10. – S. 26–29. (In Russ)
7. Razvodovskij Ju.E. Jepidemiologija alkogol'nyh psihozov v Rossii i Belarusi, 1980-2005 gody // Medicina. – 2008. – № 3. – S. 72–75. (In Russ)
8. Razvodovskij Ju. E. Alkogolizm: medicinskie i social'nye aspekty. – Berlin: LAP Lambert Academic Publishing Gmb & Co. KG, 2012. – 294 s. (In Russ)
9. Razvodovskij Ju.E. Alkogol'nye problemy v Belarusi: jepidemiologicheskij analiz. – LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co.KG: Saarbruken, 2012. – 237. (In Russ)
10. Razvodovskij Ju.E. Alkogol'naja situacija v Belarusi v kontekste alkogol'noj politiki // Voprosy organizacii i informatizacii zdravoohranenija. – 2016. – № 1. – S. 35–42. (In Russ)
11. Razvodovskij Ju.E. Kreplenyje plodovo-jagodnye vina kak faktor alkogolizacii nasele-nija // Sobriologija. – 2016. – № 3. – S. 55–60. (In Russ)
12. Razvodovskij Ju.E., Zotov P.B. Alkogol'nye otravlenija i jepidemiologicheskie paramet-ry alkogolizma v Rossii // Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova. – 2016. – № 2. – P. 64–67. (In Russ)



13. Уманский М.С., Зотов П.Б. Потребление алкоголя в России // Академический журнал Западной Сибири. – 2006. – № 3. – С. 34-35.
14. Norström T., Razvodovsky Y.E. Per capita alcohol consumption and alcohol-related harm in Belarus, 1970-2005 // European Journal of Public Health. – 2010. – Vol. 20, № 5. – P. 564–568.
15. Razvodovsky Y.E. Alcohol affordability and epidemiology of alcoholism in Belarus. // Alcoholism. – 2013. – Vol. 49, № 1. – P. 29–35.
16. Razvodovsky Y.E. The effect of beverage type on alcoholic psychoses rate in Russia // Alcohol & Alcoholism. – 2015. – Vol. 50, № 2. – P. 200-205.
17. Razvodovsky Y.E. Alcoholism and alcoholic psychoses trends in late-Soviet and post-Soviet Russia // International Archive of Addiction Research and Medicine. – 2016. – Vol. 2, № 2. – P. 1–3.
18. Razvodovsky Y.E. Alcoholic Psychoses in Russia and Belarus: A Comparative Analysis of Trends // J. Alcohol Drug Depend. – 2015. – Vol. 3. – P. 1–5.
19. Razvodovsky Y.E. Unrecorded alcohol consumption among alcohol dependent patients // Journal of Addiction Medicine and Therapeutic Science. – 2015. – № 1. – С. 1–4.
13. Umansky, M. S., Zotov P. B. Consumption of alcohol in Russia // Academic Journal of West Siberia. – 2006. – № 3. – P. 34-35. (In Russ)
14. Norström T., Razvodovsky Y.E. Per capita alcohol consumption and alcohol-related harm in Belarus, 1970-2005 // European Journal of Public Health. – 2010. – Vol. 20, № 5. – P. 564–568.
15. Razvodovsky Y.E. Alcohol affordability and epidemiology of alcoholism in Belarus. // Alcoholism. – 2013. – Vol. 49, № 1. – P. 29–35.
16. Razvodovsky Y.E. The effect of beverage type on alcoholic psychoses rate in Russia // Alcohol & Alcoholism. – 2015. – Vol. 50, № 2. – P. 200-205.
17. Razvodovsky Y.E. Alcoholism and alcoholic psychoses trends in late-Soviet and post-Soviet Russia // International Archive of Addiction Research and Medicine. – 2016. – Vol. 2, № 2. – P. 1–3.
18. Razvodovsky Y.E. Alcoholic Psychoses in Russia and Belarus: A Comparative Analysis of Trends // J. Alcohol Drug Depend. – 2015. – Vol. 3. – P. 1–5.
19. Razvodovsky Y.E. Unrecorded alcohol consumption among alcohol dependent patients // Journal of Addiction Medicine and Therapeutic Science. – 2015. – № 1. – С. 1–4.

## ALCOHOL SALE AND EPIDEMIOLOGICAL PARAMETERS OF ALCOHOLISM IN BELARUS

*Y.E. Razvodovsky*

Grodno State Medical University, Belarus

In this article a comparative analysis of trends in epidemiological parameters of alcoholism and alcohol sale per capita in Belarus between 2000 and 2015 was performed. The results of present study suggest that market decrease in epidemiological parameters of alcoholism after 2011 was driven by decrease of alcohol sales as a consequence of decrease in affordability of alcohol. The results of Spearman correlation analysis suggest close association between the trends in epidemiological parameters of alcoholism and fortified vines sales. This fact indicates that decrease in affordability of fortified vines might be responsible for decrease in epidemiological parameters of alcoholism in Belarus during last years.

*Key words:* alcoholism, epidemiology, alcohol sales, Belarus.

УДК 616.89-008

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

*А.В. Лукашук, М.А. Байкова*

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия

Контактная информация:

Лукашук Александр Витальевич – аспирант кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (915) 616-88-77 электронный адрес: lukashuk-alex62@yandex.ru

Байкова Мария Александровна – клинический ординатор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: 390010, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (491) 275-43-73, электронный адрес: lentazzz111@gmail.com.

Нанесение себе ран является относительно распространенным среди подростков явлением. В статье рассмотрены проблемы нанесения самоповреждений у подростков. Существует множество видов нанесения вреда себе. Основная цель самоповреждений заключается в невозможности реализовать негативные эмоции подростка другим способом. Необходима не только ранняя психотерапевтическая работа, но и психологическое просвещение в семьях. Все это диктует необходимость дополнительных исследований этиопатогенеза подростковой аутоагрессивности.

*Ключевые слова:* аутодеструкция у подростков аутоагрессия.

Общеизвестно, что на подростков оказывают влияние многие стрессовые факторы, такие как проблемы в школе со сверстниками, учебой, оценками, учителями, проблемы в семье, беспокойство за будущее. Вместо того, чтобы конструктивно реализовать эмоциональное напряжение с помощью спорта, хобби или просто в процессе общения, некоторые подростки начинают реализовывать отрицательные эмоции по типу аутодеструктивного поведения [5, 10-12, 14, 19].

Большинство родителей в течение долгого времени не замечают результатов аутоагрессии, потому что подростки обычно стараются скрывать свои ранения, например, носят одежду с длинными рукавами, не посещают бассейны и пр., хотя иногда подростки наоборот не скрывают свои раны, чтобы получить необходимое внимание от окружающих. Часто родители узнают о существующей проблеме, когда у ребенка не остается выхода скрыть свои травмы, обычно из-за необходимости медицинской помощи (кровотечение, воспаление, сильный ожог). Они не понимают мотива, боятся, что подросток хотел совершить и совершит в последующем суицид. Хотя, как показывает практика, большинство таких подростков не ставят целью покончить с жизнью [1, 2, 11, 19]. Просто они не могут найти другого способа регулировать избыточные эмоции, кроме членовредительства. Благодаря аутоагрессии они отвлекаются на свои эмоции и физическую боль, таким образом подавляя негативные мысли [9, 15, 16].

А.А. Зайченко [6] выделяет следующий перечень поведенческих реакций, связанных в первую очередь с причинением вреда телу посредством: татуировок; пирсинга и ряда навязчивых действий (щипание кожи, вывихи суставов пальцев, разрушение ногтей и околоногтевых валиков, обкусывание ногтей и околоногтевых валиков, губ, кусание рук и других частей тела, царапанье кожи); расчесывание ран, язв, швов, родимых пятен; самопорезы; перфорация

частей тела с помещением в отверстие инородных предметов; удары кулаком и головой о предметы, а так же самоизбиение; уколы (булавами, гвоздями, проволокой, пером ручки и др.); самоожоги; неполное самоудушение; злоупотребление алкоголем, лекарственными средствами и наркотиками (с отравлением и передозировкой без суицидального намерения) [17]; глотание коррозионных химикалий, батареек, булавок; нарушений пищевого поведения (анорексия и булимия) [6, 12]. Наиболее частыми её проявлениями являются самопорезы острыми предметами, ожоги от огня и окурков сигарет [10].

Несмотря на то, что нанесение себе повреждений социально неприемлемо, для подростков имеется определенная выгода. Они обычно получают повышенное внимание со стороны членов семьи, врачей и, как им кажется, они с помощью нанесения повреждений выделяются из «серой массы» сверстников и являются особенными. Кроме того, в социуме подростков самоповреждения трактуются как смелые поступки, вызывающие восхищение среди других детей. Именно поэтому часто наблюдается «стихийное» возникновение самоповреждений у детей из одной социально-возрастной группы.

Большинство подростков наносят себе повреждения долгое время, не останавливаясь после первой пробной попытки. И особенно важно не оставлять подростков, у которых выявлено подобное поведение, наедине с самими собой. Так как подросток способен без особых проблем повредить целостность своего тела имеется риск совершения суицидальной попытки [3, 18]. Риск повышается при наличии психических заболеваний [18, 19]. С точки зрения лечебного подхода, длительность аутоагрессивного поведения очень важна. Чем дольше подросток практикует нанесение самоповреждений, тем труднее ему отказаться от такой модели совладания с эмоциями. Однако если начать лечение на ранней стадии, то есть определенные перспективы. Нане-

сение себе ран является относительно распространенным среди подростков явлением. Примерно один из пяти подростков намеренно наносит себе самоповреждение. Средний возраст первого самоповреждения – 13-14 лет. Две трети таких подростков – девочки, но доля мальчиков имеет тенденцию к росту. Причины и особенности такого поведения многообразны. С одной стороны – это невозможность адекватно реагировать на стрессовые события, то есть семья не смогла научить ребенка работать с негативными эмоциями, с другой стороны – это, заложенная еще в детстве, сценарная аутоагрессия [10, 11], проявляющаяся и в дальнейшей жизни [11, 13, 14].

Для лечения самоповреждения существуют разные подходы, такие как психоанализ, психодинамическая, когнитивно-поведенческая терапия, психофармакотерапия. Какой бы подход ни был выбран, во многом результативность зависит от истинных причин членовредительства. Общие принципы психотерапии при самоагрессии заключаются в том, чтобы уменьшить её интенсивность и частоту, предотвратить хронизацию и установить безопасные, жизнеспособные эмоциональные паттерны. Важным элементом терапии является работа с эмоциями подростка. Необходимо научить его справляться с ними без нанесения себе повреждений. Для этого важно научить подростка прогнозировать такое поведение и, при появлении определенных предикторов, использовать альтернативные варианты действий, например, поговорить с кем-то, записать мысли или послушать успокаиваю-

щую музыку. Терапия может быть дополнена методами визуализации и релаксации. Подростки могут получить советы и поддержку в группах самопомощи, в соответствующих форумах в Интернете. Применение психотропных препаратов также могут помочь уменьшить высокое эмоциональное напряжение, резкие перепады настроения и различные сопутствующие патологии [4, 8, 15, 16].

Большое значение в рамках лечения имеет психолого - педагогические беседы с семьей. Семья должна быть проинформирована о различных формах самоповреждения и разнице между аутоагрессивным и суицидальным поведением, о необходимости адекватно реагировать на поведение подростка и не подкреплять его стремление к самоповреждениям. Объясняется это тем, что при обнаружении травмы необходима немедленная медицинская помощь и психотерапевтическая поддержка. Семье необходима социально-педагогическая и образовательная поддержка, направленная на стабилизацию внутрисемейного фона, особенно при возникновении конфликтных ситуаций [4, 7].

Таким образом, нанесение самоповреждений у подростков – это способ совладать с избытком негативных эмоций и снять напряжение от внешнего давления. Большая часть подростков хотела бы прекратить это, но не знает как сделать это самостоятельно. Именно поэтому так важна психотерапевтическая работа с подростками и психолого-педагогическая работа с их семьями в условиях обучающих учреждений.

## Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. – М., 1980. – 42 с.
2. Андроникова О.О. Основные характеристики подростков с самоповреждающим викарным поведением // Вестник ТГПУ. – 2010. – № 332. – С. 149-154.
3. Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А., Летова А.В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 4. – С. 21-32.
4. Билецкая М.П., Плешак И.С. Проблемные аспекты семейной психотерапии в семьях с девиантными подростками // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 2. – С. – С. 21.

## References:

1. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedeniya: Metodicheskie rekomendacii. – M., 1980. – 42 s. (In Russ)
2. Andronikova O.O. Osnovnye harakteristiki podrostkov s samopovre-zhdajushhim viktimnym povedeniem // Vestnik TGPU. – 2010. – № 332. – S. 149-154. (In Russ)
3. Bannikov G., Koshkin K., Pavlova T., Letova A. Actual and potential suicide risk factors in adolescents (literature review) // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 4. – P. 21-32. (In Russ)
4. Biletsky M. P., Pleshak I.S. Problematic aspects of family therapy in families with deviant teenagers // Academic Journal of West Siberia. – 2013. – Vol. 9, № 2. – P. 21. (In Russ)

5. Васяткина Н.Н., Меринов А.В. Клиническая практика детско-подростковых суицидов в Рязанской области // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Том 16, № 3. – С. 4-5.
6. Зайченко А.А. Самоповреждающее поведение // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: Материалы Третьей Всерос. науч.-практ. конф. Казань: Новое знание. – 2007. – С. 381-386.
7. Зотов П.Б. «Референтный человек» – в психотерапии суицидального поведения // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 2. – С. 28-30.
8. Зотов П.Б. Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 58-63.
9. Кузнецова С.О., Абрамова А.А. Социализация агрессивности // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 3. – С. 39-40.
10. Лукашук А.В., Меринов А.В. Клинико - суицидологическая и экспериментально-психологическая характеристики молодых людей, воспитанных в «алкогольных» семьях // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 4. – С. 82-87.
11. Меринов А.В. Вариант эпикрипта в семьях больных алкогольной зависимостью // Наркология. – 2010. – № 3. – С. 77-80.
12. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: дис. ... д-ра. мед. наук: 14.01.27; 14.01.06. – М., 2012. – 277 с.
13. Меринов А.В. Суицидологические характеристики молодых людей, воспитанных в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2012. – Том 3, № 4 (9). – С. 22-28.
14. 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.
15. Польская Н. А. Предикторы и механизмы самоповреждающего поведения (по материалам исследований) // Психологический журнал. – 2009. – Том 30, № 1. – С. 96–105.
16. Розанов В.А., Уханова А.И., Волканова А.С., Ракхимкулова А.С., Пизарро А., Бирон Б.В. Стресс и суицидальные мысли у подростков // Суицидология. – 2016. – Том 7, № 3. – С. 20-32.
17. Сафронова А.В., Меринов А.В. Распространенность употребления психоактивных веществ среди юношей и девушек, обучающихся в высших учебных заведениях // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 3. – С. 109-113.
5. Kasatkina N.N., Merinov A.V. Clinical practice of children's and teenage suicides in the Ryazan region // Tyumen Medical Journal. – 2014. – Vol. 16, № 3. – P. 4-5. (In Russ)
6. Zajchenko A.A. Samopovrezhdajushhee povedenie // Vyzovy jepohi v as-pekhte psihologicheskoy i psihoterapevticheskoy nauki i praktiki: Materialy Tret'ej Vseros. nauch.-prakt. konf. Kazan': Novoe znanie. – 2007. – S. 381-386. (In Russ)
7. Zotov P. B. "Reference man" – in psychotherapy of suicidal behavior // Academic Journal of West Siberia. – 2013. – Vol. 9, № 2. – P. 28-30. (In Russ)
8. Zotov P.B. Antisuicidal factors barrier in the psychotherapy of suicidal behavior of persons of different age groups // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 2. – P. 58-63. (In Russ)
9. Kuznetsova S. O., Abramov A. A. Socialization of aggression // Academic Journal of West Siberia. – 2011. – № 3. – P. 39-40. (In Russ)
10. Lukashuk A.V., Merinov A.V. Kliniko - suicidologicheskaja i jeksperimental'no - psihologicheskaja harakteristiki molodyh ljudej, vospitannyh v «alkogol'nyh» sem'jah // Nauka molodyh (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 4. – S. 82-87. (In Russ)
11. Merinov A.V. Variant jepiskripta v sem'jah bol'nyh alkogol'noj zavisimost'ju // Narkologija. – 2010. – № 3. – S. 77-80. (In Russ)
12. Merinov A.V. Autoagressivnoe povedenie i ocenka suicidal'nogo riska u bol'nyh alkogol'noj zavisimost'ju i chlenov ih semej: dis. ... d-ra. med. nauk: 14.01.27; 14.01.06. – M., 2012. – 277 s. (In Russ)
13. Merinov A.V. Suicidal characteristics of adultchildren which growing up in families with alcohol addiction of parent // Suicidology. – 2012. – Vol. 3, № 4 (9). – P. 22-28. (In Russ)
14. Merinov A.V., Shitov E.A., Lukashuk A.V., Somkina O.Ju. Autoagressivnaja harakteristika zhenshhin, sostojashhih v brake s muzhchinami, stradajushhimi alkogolizmom // Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova. – 2015. – № 4. – S. 81-87. (In Russ)
15. Pol'skaja N. A. Prediktory i mehanizmy samopovrezhdajushhego povedenija (po materialam issledovanij) // Psihologicheskij zhurnal. – 2009. – Tom 30, № 1. – S. 96–105. (In Russ)
16. Rozanov V.A., Ukhanova A.I., Volkanova A.S., Rakhimkulova A.S., Pizarro A., Biron B.V. Stress and suicidal thoughts in adolescents // Suicidology. – 2016. – Vol. 7, № 3. – P. 20-32. (In Russ)
17. Safronova A.V., Merinov A.V. Rasprostranennost' upotreblenija psihoaktivnyh veshhestv sredi junoshej i devushek, obuchajushhihsja v vysshih uchebnyh zavedenijah // Nauka molodyh (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 3. – S. 109-113. (In Russ)

18. Чернобавский М.В. Тенденции смертности российских подростков от суицидов в сравнении с другими внешними причинами смерти // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2012. – № 1. – С. 75-79.
19. Emerson E. Severe Self-Injurious Behaviour: Some of the Challenges It Presents // Journal of the British Institute of Mental Handicap (APEX). – 1990. – Vol. 18, № 3. – P. 92-98.
18. Chernobavskij M.V. Tendencii smernosti rossijskikh podrostkov ot suicidov v sravnenii s drugimi vneshnimi prichinami smerti // Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova. – 2012. – № 1. – S. 75-79. (In Russ)
19. Emerson E. Severe Self-Injurious Behaviour: Some of the Challenges It Presents // Journal of the British Institute of Mental Handicap (APEX). – 1990. – Vol. 18, № 3. – P. 92-98.

Summary:

#### ТHERAPEUTIC ASPECTS OF CORRECTION OF SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

*A.V. Lukashuk, M.A. Baykova*

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

In this article, the authors considered the problem of applying of self-harm in adolescents. Self-inflicted injuries is a relatively common phenomenon among adolescents. There are many ways to harm oneself. The main purpose of self-harm is the inability to realize the negative emotions of a teenager in a different way. Necessary not only for early psychotherapeutic work, but also the psychological education for families with adolescents. More research is needed about the reasons.

*Key words:* aggression, self-injury in adolescents.

УДК: 314.424.2

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ТРАВОЙ ЗВЕРОБОЯ И КОМПЛАЕНС ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*С.В. Харитонов*

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Харитонов Сергей Викторович – доктор медицинских наук. Место работы и должность: ведущий научный сотрудник лаборатории медицинской психологии и психотерапии ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения города Москвы. Адрес: 105120, г. Москва, ул. Земляной вал, д. 53. Телефон: (916) 377-52-59, электронный адрес: sergey-har@mail.ru

В статье приводятся результаты исследования эффективности терапии больных с установленным диагнозом депрессивный эпизод легкой и средней степеней тяжести и комплаенс этих пациентов, определяемый по количеству пропусков приема препарата. Эффективность терапии оценивалась в динамике, до лечения, через 1 и 3 месяца терапии по данным клинического опросника шкала депрессии А. Бека. Дополнительно исследовалось субъективная удовлетворенность профессионализмом лечащего врача, по данным 10-бальной визуально-аналоговой шкалы.

В исследовании приняли участие 45 пациентов с диагнозом: n=18 – биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии (F31.3), n=15 – депрессивный эпизод легкой степени (F32.0), и n=12 – депрессивный эпизод средней степени (F32.1).

В результате исследования определено, что эффективность терапии травой зверобоя была, но не являлась достаточно высокой. В начале терапии большую роль в обеспечении комплаенса играла удовлетворенность профессионализмом лечащего врача. В дальнейшем роль этого фактора существенно снижалась,

и через три месяца терапии большее влияние на комплаенс пациентов оказывал имеющийся у них уровень депрессии, а не субъективная удовлетворенность профессионализмом лечащего врача.

*Ключевые слова:* трава зверобоя, депрессия, комплаенс, эффективность, динамика, терапия.

Среди фитохимических соединений, имеющих антидепрессивные эффекты, наибольший интерес сегодня представляют метаболиты растений из различных категорий, включая полифенолы (флавоноиды, фенольные кислоты, лигнаны, кумарины), алкалоиды, терпены и терпеноиды, сапонины, амины, нарингенин, кверцетин, пиперидины, дитерпеновые алкалоиды, берберин, гиперфорин, гинзенозиды,  $\beta$ -карболины и многие другие. Исследования фитохимических соединений представляются актуальными для получения подтверждений их эффективности и безопасности. В частности, такие соединения, как гиперфорин и гиперцицины содержащиеся в составе травы зверобоя продырявленного, широко распространенного в средней полосе России [1].

В составе травы зверобоя содержится много других веществ, таких как рутин, кверцетин, гиперцицин, гиперфорин и иные флавоноиды и др., способных оказывать кроме антидепрессивного эффекта и другие влияния. В частности, гиперфорин, ингибирующие обратный захват нейромедиаторов, и, активирующие катионные каналы, влияя на клеточный кальций и соответственно передачу сигналов в мозге [2]. По данным А. Vougon и соавт. [3] гиперфорин является ингибитором обратного захвата многих нейромедиаторов, таких как допамин, норадреналин, серотонин и глутамат. Таким образом, он является мощным модулятором синаптической передачи. Так же он блокирует активность многих рецепторов, таких, как гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) и NMDA рецепторы, являясь, по сути, многоцелевым соединением, влияющим на клеточные механизмы гомеостаза  $Ca^{2+}$ ,  $Zn^{2+}$ ,  $Na^+$  и  $H^+$ . Кроме того, гиперфорин оказывает не только антидепрессивный эффект, но, судя по некоторым данным, может эффективно ослаблять воспалительные явления в мозге [4].

Антидепрессивный эффект зверобоя связывается большинством исследователей с действием содержащихся в этой траве гиперцицинов. При изучении содержания гиперцицинов и флавоноидов в таблетках и капсулах, содержащих экстракт или измельченной травы зверобоя для настоев, определено, что высвобождение этих

веществ в настоях достаточно высоко (77,0 мг в инфузии 4 г травы). Таким образом, настои из травы зверобоя содержат в себе достаточные для терапии легких и средних депрессивных эпизодов дозы активных веществ, и могут применяться в её терапии [5].

Считается, что зверобой продырявленный эффективен не только в лечении депрессии, но и некоторых тревожных расстройств. При том, что это средство достаточно безопасно, имеются, однако, указания на то, что могут быть и побочные эффекты [6].

В систематическом обзоре за 2014 год проведенном на материале 6993 пациентов с депрессивными расстройствами, и посвященном исследованию эффективности / безопасности приема зверобоя, было определено, что по эффективности монотерапии при легком и умеренном депрессивном эпизоде зверобой не отличается от антидепрессантов. В тоже время зверобой имел неблагоприятные последствия сопоставимые с плацебо. Однако отчеты по неблагоприятным последствиям велись слабо, как указывают авторы, и это требует осторожности в оценке безопасности зверобоя [7].

По данным К. Nakamura и соавт. зверобой в типичных для лечения депрессии дозах имеет низкий уровень эмбриотоксичности, однако в больших дозах опасен [8]. По другим данным экстракт зверобоя продырявленного и его биологически активные компоненты (гиперцицин и гиперфорин) могут оказывать токсическое действие на печень, и существует потенциальная опасность потребления зверобоя, продырявленного с препаратами метаболизирующимися с участием CYP1A2 и CYP2D6 ферментов [9].

В некоторых работах существуют прямые указания на то, что длительный прием лекарственных препаратов, которые содержат экстракты зверобоя, продырявленного может быть причиной нежелательного взаимодействия с изоферментами CYP3A4, CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19 и р-гликопротеина (Р-ГП), для которых зверобой является субстратом. Соединения, присутствующие в зверобое, особенно гиперфорин, повышают активность цитохрома р450 в печени и слизистой оболочке кишечника [10].

В психиатрической практике рекомендации пациентам зверобоя мало распространены из-за мнения о его недостаточной эффективности. Однако для исследования комплаенса пациентов с депрессией и изучения влияния на комплаенс эффективности терапии и других факторов выбор данного препарата представляется наиболее интересным, как в части понимания механизмов комплаенса, так и для оценки эффективности средства. При этом критерии позволяющие оценить психологические условия и закономерности, определяющие комплаентное поведение пациента, остаются недостаточно разработанной темой [11]. Так, к 2004 году было идентифицировано порядка 250 факторов, так или иначе обуславливающих отношение больных к соблюдению режима терапии [12], а к настоящему времени этот показатель ещё больше вырос. Тем не менее, приверженность больных лечению становится всё менее понятной и более запутывающейся проблемой.

Среди факторов, влияющих на комплаенс пациента, чаще других указываются отношения между пациентом и врачом. Так, по данным одних авторов комплаенс во многом связан с коммуникативными способностями врача [13], а по другим данным, для повышения комплаентности больных с психическими расстройствами важным является доверие пациента врачу, пониманию им значимости длительной терапии, хорошей переносимостью терапии [14]. Рядом авторов значительная роль отводится таким аспектам комплаенса, как установка и мотивация больного. При этом считается, что комплаенс динамичен и способен меняться в процессе терапии [15]. Понятно, что клиницист будет стремиться к достижению идеальной цели – стопроцентной приверженности лечению, однако при любом хроническом заболевании получение подобного результата затруднительно. Считается что, если индекс использования препарата достигает 80% и более, комплаентность может быть расценена как приемлемая. Некоторые авторы предлагают выделять следующие степени приверженности проводимому лечению: полная (пропуск менее 25% назначений), частичная (пропуск 25–65% назначений) и её отсутствие (пропуск более 65% назначений) [16]. В тоже время существует достаточно обоснованная критика в отношении подобных ориентиров на данные показатели комплаенса, как на очень условные, и зависящие

от большого количества факторов – от нозологии до взаимодействия с врачом [17]. В частности, известно, что комплаенс пациентов при получении психиатрической помощи является весьма низким. Значительная их часть (38,7%) не выполняет врачебные назначения вследствие своего неверия (38,5%) в эффективность применяемых методов лечения, нежелания принимать лекарственные препараты (42,9%), недоверия к лечащему врачу (35,7%) и др. [18]. В этой связи вывод о многофакторности комплаенса у больных с депрессией [19] и то, что на его уровень влияет эффективность проводимой терапии [20] позволяет говорить об оправданности настоящего исследования, как способного в какой-то мере пролить свет на некоторые из данных проблем, и здесь представляются правильными.

Цель исследования: исследовать связь комплаенса с оценкой профессионализма лечащего врача и эффективностью травы зверобоя при лечении расстройств депрессивного спектра.

Материал исследования.

В исследовании были использованы материалы, полученные от 45 пациентов, *проходивших лечение в связи с установленным диагнозом депрессивный эпизод, квалифицируемого в структуре биполярного аффективного расстройства, либо синдром указывался как самостоятельный*. У 18 человек был установлен диагноз биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии (F31.3), у 15 человек – депрессивный эпизод легкой степени, (F32.0), и у 12 – депрессивный эпизод средней степени (F32.1).

В структуре выборки преобладали женщины – n=32 (71,1%), мужчин было 13 человек (28,9%). Средний возраст обследованных составил  $35,2 \pm 4,43$  года. Большинство участников исследования, будучи лицами трудоспособного, возраста имели работу – n=38 (84,4%). Высшее образование и неоконченное высшее имели 35 человек (77,8%).

Все пациенты были обследованы в отношении соматической и неврологической патологии, острых заболеваний не было выявлено, как и тяжелых хронических.

Пациенты принимали настой зверобоя, изготавливаемый самостоятельно, по следующему рецепту: 10 г травы заливают 1 стаканом горячей воды, кипятят на медленном огне 30 мин, охлаждают 10 мин, процеживают и отжимают.

Принимают по 1/3 стакана 3 раза в день за 30 мин до еды. Хранят не более 3 суток. В таком количестве сырья должно было экстрагироваться 192,5 мг гиперицинов (из расчета, что из 4 г сырья может быть извлечено до 77 мг [5]), что и составляло суточную дозу.

Методы исследования.

1. *Шкала депрессии А. Бека.* Шкала создана А. Беком на основе клинических наблюдений. Опросник, включает в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Все имеющиеся в нем утверждения ранжированы в зависимости от вклада в тяжесть депрессии. В зависимости от количества набранных баллов результаты интерпретируются как: 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов; 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия); 16-19 – умеренная депрессия; 20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести); 30-63 – тяжелая депрессия.

2. *Визуально-аналоговая шкала удовлетворенности профессионализмом лечащего врача,* основанная на практике применения визуально-аналоговых шкал. В их основе лежат исследования по сенсорной психофизике допускающие применение такого измерительного инструмента для оценки клинически значимых изменений широкого спектра ощущений человека. И основанные на законе Вебера-Фехнера (а применительно к визуально-аналоговым шкалам – закона Стивенса) согласно которому величина ощущения прямо пропорциональна логарифму интенсивности раздражителя, и может быть использована как единица измерения ощущения [21].

3. *Статистическое исследование.* Применялись методы непараметрической статистики позволяющие оценивать, как достоверность различий в изменении признаков между зависимыми группами, так и корреляцию данных друг с другом.

Результаты исследования.

*Исследование комплаенса.* Через месяц после начала лечения пациенты пропустили 26,5% назначений (от 16,5% до 39,6% у разных больных), что, по мнению, некоторых исследователей соответствует уровню частичной комплаентности. В среднем по группе, в абсолютных показателях количество пропусков приема препарата составило 7,9, при стандартном отклонении = 1,8, коэффициенте вариации 0,23, медиана = 8, мода = 7, коэффициент дисперсии = 0,18, среднее геометрическое = 7,7, среднее

гармоническое = 7,5, асимметрия = 0,28, эксцесс = 2,66.

При этом средние оценки удовлетворенности врачом, как специалистом составили 8,5 баллов. Стандартное отклонение = 1,2, коэффициент вариации 0,14, медиана = 9, мода = 9, коэффициент дисперсии = 0,09, среднее геометрическое = 8,4, среднее гармоническое = 8,3, асимметрия = - 0,72, эксцесс = 2,65.

Через три месяца после начала терапии пациенты пропустили приём препарата в 18% случаев, что может быть охарактеризовано как уровень полного комплаенса (рис. 1). В среднем за этот период пациенты пропускали прием препарата в 16,4%. Стандартное отклонение составило - 5,7 балла, коэффициенте вариации 0,35, медиана = 15, коэффициент дисперсии = 0,3, среднее геометрическое = 15,4, среднее гармоническое = 14,6, асимметрия = 0,64, эксцесс = 2,5.

Удовлетворенность врачом, как специалистом оказалась несколько ниже, чем в начале лечения (рис. 2) и составила 6,4 балла при стандартном отклонении = 2,5, коэффициенте вариации 0,4, медиана = 6, мода = 6, коэффициент дисперсии = 0,34, среднее геометрическое = 5,8, среднее гармоническое = 5,2, асимметрия = 0,0024, эксцесс = 1,8. Данные представлены на рисунке 1.

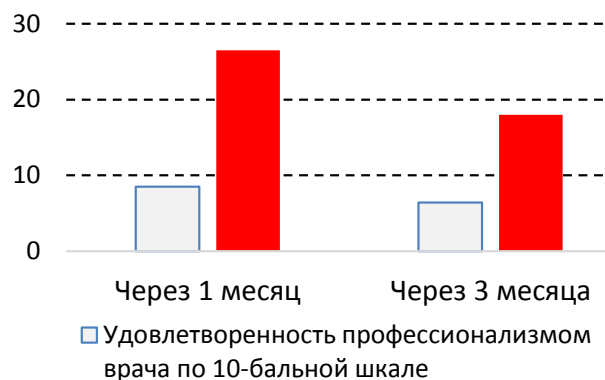


Рис. 1. Удовлетворенность профессионализмом лечащего врача по 10-бальной шкале и % пропущенных назначений зверобоя.

При исследовании отличий в динамике комплаенса определяемой по количеству пропусков приема препарата в зависимости от количества дней его приёма обнаружены статистически достоверные изменения в количестве пропусков за первый месяц (в среднем по группе их было по 16,3 на человека) и за три месяца (в целом по



группе их было 5,45 на человека). Уровень значимости различий по тесту Уилкоксона  $p > 0,0001$  при  $Z=5,8$ , по методу знаков  $Z=6,5$  ( $p > 0,0001$ ).

Достоверными оказались и различия в оценках удовлетворенности профессионализмом врача через месяц после начала терапии и в конце лечения. Оценки достоверно снижались ( $p > 0,0001$ ) и в тесте Уилкоксона ( $Z=4,7$ ) и в методе Знаков ( $Z=4,16$ ).

Исследование корреляционных связей позволило определить, что между количеством пропусков приема препарата через 1 месяц после начала терапии и через три месяца существует достаточно тесная, прямая корреляционная связь по показателям R Спирмена = 0,56 при уровне  $p > 0,0001$ , и Тау Кендалла = 0,43 при уровне значимости  $p > 0,0001$ . Данные по корреляционным связям представлены в таблице 1.

Прямая корреляционная связь между оценками врача через 1 месяц после начала терапии и в конце лечения также была достаточно высокой. По тесту Спирмена  $R=0,56$  при уровне значимости = 0,0001, тау Кендалла = 0,43 ( $p > 0,0001$ ).

Корреляции между показателями по шкале "Удовлетворенности врачом" и количеством пропусков приема препарата в начале терапии не было. По тесту Спирмена  $R=-0,2$  при  $p=0,08$ , а по Тау Кендалла = -0,2 уровень достоверности  $p=0,048$ .

После лечения уровень обратной корреляции между показателями по шкале "Удовлетворенности врачом" и количеством пропусков приема препарата был достаточно высоким по тесту Спирмена  $R=-0,5$  при  $p=0,0004$ , а по Тау Кендалла = -0,39 уровень достоверности  $p=0,0001$ .

Различия в оценках врача через 1 месяц после терапии и через 3 месяца являлись статистически достоверными. По тесту Уилкоксона  $Z=4,7$  при  $p > 0,0001$ , по методу Знаков  $Z=4,2$  при  $p > 0,0001$ .

Корреляционные показатели связи между уровнем удовлетворенности врачом в 1 месяц терапии и через 3 месяца являлись прямыми и статистически достоверными. R Спирмена = 0,55 ( $p=0,0001$ ), Тау Кендалла = 0,43 ( $p > 0,0001$ ).

#### Исследование эффективности терапии.

До начала терапии травой зверобоя средние значения уровня шкале депрессии Бека составили в среднем 16,4 балла, при стандартном отклонении = 2,67, коэффициенте вариации = 0,16, медиана = 17, мода = 16, среднее геометрическое = 16,6, среднее гармоническое = 16,4, коэффициент дисперсии = 0,12, асимметрия = -0,38, эксцесс = 3,1.

Через месяц после начала терапии средние показатели депрессии по шкале Бека стали несколько ниже, в среднем = 13,3 балла, при стандартном отклонении = 3,4, коэффициент вариации = 0,26, медиана = 14, мода = 16, среднее геометрическое = 12,8, среднее гармоническое = 12,2, коэффициент дисперсии = 0,2, асимметрия = -0,29, эксцесс = 2,3.

Спустя 3 месяца средние значения уровня депрессии в среднем = 9,7 балла, при стандартном отклонении = 5,8, коэффициенте вариации = 0,6, медиана = 9, среднее геометрическое = 7,4, среднее гармоническое = 4,9, коэффициент дисперсии = 0,53, асимметрия = 0,28, эксцесс = 2,05. Данные представлены на рисунке 2.

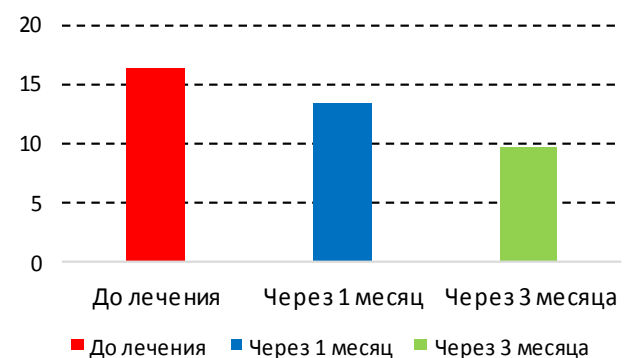


Рис. 2. Динамика выраженности депрессии по данным опросника депрессии А. Бека.

Таблица 1

Корреляция показателей по R Спирмена

Показатели, период / Показатели, период	Кол-во пропусков приема препарата 1 месяц	Кол-во пропусков приема препарата 3 месяца
Удовлетворенность через 1 месяц	- 0,2	+ 0,56*
Количество пропусков приема препарата через 1 месяц	- 0,5*	+ 0,56*

Примечание: + связь прямая; - связь обратная, \* достоверный уровень значимости.

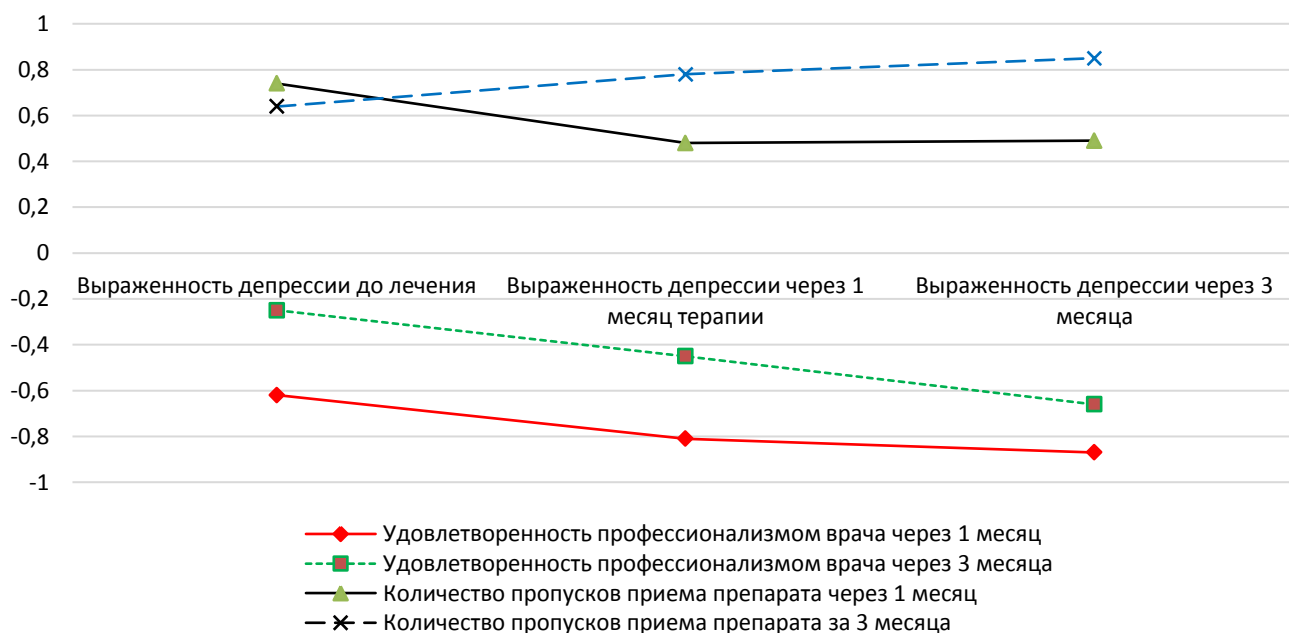


Рис. 3. Уровни корреляции выраженности депрессии, удовлетворенности профессионализмом лечащего врача и количеством пропусков приема препарата.

При исследовании различий между уровнем выраженности депрессии по шкале Бека до начала терапии и через 1 месяц определены статистически достоверные различия по тесту Уилкоксона ( $Z=5,6$ ;  $p>0,0001$ ), по методу Знаков ( $Z=6,02$ ;  $p>0,0001$ ).

Статистически достоверные различия также определены между первым и третьим месяцем терапии по тесту Уилкоксона ( $Z=4,9$ ;  $p>0,0001$ ), по методу Знаков ( $Z=4,2$ ;  $p>0,0001$ ).

К концу третьего месяца терапии у некоторых больных фиксировались те же самые или даже более высокие показатели по шкале депрессии А. Бека (7 человек).

Исследование ранговых корреляций между показателями уровня депрессии определяемых по шкале А. Бека до лечения и уровнем удовлетворенности профессионализмом лечащего врача, определяемого через 1 месяц показало существование среднего уровня отрицательных корреляционных связей по тесту Спирмена ( $R = -0,62$ ;  $p>0,0001$ ) и по Тау Кендалла =  $-0,5$  ( $p>0,0001$ ). Данные по динамике корреляционных связей представлены на рисунке 3.

Ранговые корреляции между уровнем удовлетворенности профессионализмом лечащего врача через 1 месяц терапии и уровнем депрессии по шкале А. Бека через 1 месяц тоже имели отрицательные значения, но являлись высокими.

Так  $R$  Спирмена =  $-0,81$  ( $p>0,0001$ ), а Тау Кендалла =  $-0,66$  ( $p>0,0001$ ).

Также были определены высокого уровня отрицательные корреляционные связи между уровнем депрессии по шкале А. Бека через 3 месяца и уровнем удовлетворенности профессионализмом лечащего врача через 1 месяц при  $R$  Спирмена =  $-0,87$  (при  $p>0,0001$ ), а Тау Кендалла =  $-0,71$  (при  $p>0,0001$ ).

Исследование ранговых корреляций между уровнем удовлетворенности профессионализмом лечащего врача через 3 месяца терапии и уровнем депрессии до начала терапии показало наличие очень слабых корреляционных связей.  $R$  Спирмена =  $-0,25$  ( $p=0,09$ ), Тау Кендалла =  $-0,19$  ( $p=0,056$ ).

Корреляции между уровнем удовлетворенности профессионализмом врача через 3 месяца терапии и уровнем депрессии через 1 месяц лечения являлись обратными и статистически достоверными, и слабыми.  $R$  Спирмена =  $-0,45$  ( $p=0,0017$ ), Тау Кендалла =  $-0,36$  ( $p=0,0005$ ).

Корреляционная связь между показателями уровня депрессии по шкале А. Бека через 3 месяца терапии и уровнем удовлетворенности профессионализмом лечащего врача через 3 месяца терапии была отрицательной, среднего уровня.  $R$  Спирмена =  $-0,66$  ( $p>0,0001$ ), Тау Кендалла =  $-0,53$  ( $p>0,0001$ ).

Корреляционная связь между количеством пропусков приема препарата в первый месяц терапии и уровнем депрессии по шкале Бека до начала лечения являлась прямой и достаточно высокой. Так  $R$  Спирмена = 0,74 ( $p > 0,0001$ ),  $Tau$  Кендалла = 0,63 ( $p > 0,0001$ ).

Однако в дальнейшем уровень корреляции показателей депрессии определяемых по шкале А. Бека с количеством пропусков приема препаратов в первый месяц терапии становился ниже, достигая показателей в диапазоне слабой корреляции  $R$  Спирмена = 0,48 ( $p > 0,0007$ ),  $Tau$  Кендалла = 0,37 ( $p > 0,0003$ ).

Через три месяца терапии уровень корреляции между оценками выраженности депрессии по шкале А. Бека до лечения и количеством пропусков препаратов оставался на том же уровне слабой связи при  $R$  Спирмена = 0,49 ( $p > 0,0006$ ),  $Tau$  Кендалла = 0,35 ( $p > 0,0005$ ).

Исследование корреляционных связей между количеством пропусков приема препарата за три месяца и уровнем депрессии по шкале А. Бека в начале терапии выявило средний уровень корреляционной связи между этими показателями,  $R$  Спирмена = 0,64 ( $p > 0,0001$ ),  $Tau$  Кендалла = 0,48 ( $p > 0,0001$ ).

В дальнейшем, через 1 месяц терапии, эта связь становилась выше, достигая значений свойственных для высокой плотности связей  $R$  Спирмена = 0,78,  $p > 0,0001$ ,  $Tau$  Кендалла = 0,61 ( $p > 0,0001$ ).

Через три месяца корреляционная связь между количеством пропусков приема препарата за три месяца и уровнем депрессии определяемом через три месяца терапии связь становилась ещё более высокой,  $R$  Спирмена = 0,85 ( $p > 0,0001$ ),  $Tau$  Кендалла = 0,69 ( $p > 0,0001$ ).

#### Обсуждение результатов.

Представляется возможным говорить о том, что количество пропусков препарата в первый месяц терапии меньше связано с уровнем депрессии, чем количество пропусков приема препарата, определяемое на третьем месяце терапии и уровень депрессии на первом, втором или третьем месяце лечения.

Сопоставляя эти данные с результатами, полученными при ранговых корреляциях между уровнем депрессии, удовлетворённостью уровнем профессионализма врача и количеством пропусков приема препарата в первый и третий месяцы терапии, можно говорить, что в начале

терапии количество пропусков приема препарата сильнее связано с удовлетворенностью профессионализмом врача, чем с уровнем депрессии. На третьем месяце терапии количество пропусков приема препарата оказалось более тесно связанным с уровнем депрессии, чем с удовлетворенностью профессионализмом врача.

Отсюда следует, что в начале терапии уровень удовлетворенности профессионализмом врача играет весьма существенную роль в обеспечении комплаенса. В дальнейшем, роль этого фактора уменьшается, и большее значение, вероятно, имеют результаты терапии и иные факторы.

Эффективность применения травы зверобоя в качестве антидепрессанта оказалась немного выше, чем результаты плацебо-терапии при депрессии указываемые в литературе (Плацебо и эффект плацебо).

В тоже время, удовлетворенность пациентов профессионализмом лечащего врача в начале терапии, на 1 месяце была выше, чем через 3 месяца лечения, при том, что состояние пациентов несколько улучшалось. Это может свидетельствовать о том, что за время лечения у больных, либо формировались оценки врача как менее компетентного по сравнению с его восприятием в начале терапии и в связи с низкой эффективностью травы зверобоя, либо, что представляется тоже вероятным, симптомы депрессии ассоциируются со склонностью завышать оценку профессионализма лечащего врача. Судя по всему, по мере смягчения симптомов депрессии и восстановления пациентами уровня социальных коммуникаций с представлениями о самих себе формировалось и более адекватное отношение (и/или восприятие) к профессионализму лечащего врача.

В начале терапии, за период первого месяца приема травы зверобоя уровень комплаенса был несколько ниже, чем в дальнейшем. Вероятно, здесь также существует связь с постепенным улучшением психического состояния. Однако выявить её, как однозначно имеющуюся, наши данные не позволили. Поэтому данное предположение находится на уровне субъективного впечатления со всеми вытекающими отсюда проблемами. Но, если предполагать, что у пациентов наблюдалось улучшение психического состояния, то получается, что приверженность терапии растёт по мере смягчения симптомов

депрессии. Это согласуется с данными ряда авторов и с результатами наших собственных исследований, указывающих на то, что при депрессии комплаенс снижается.

Выводы:

1. Влияние восприятия профессионализма лечащего врача на качество терапии не однозначное. И возможно, как то, что при депрессии пациенты изначально склонны завышать уровень оценки профессионализма лечащего врача и это влияет на качество лечения, так и то, что восприятие лечащего врача может зависеть от

эффективности терапии. Как бы то ни было, в данном вопросе существует много неопределенности, и требуются дополнительные исследования.

2. Лечение эпизодов депрессии легкой и средней степени травой зверобоя дает положительный результат по данным опросника депрессии А. Бека. Однако выраженность этого эффекта не очень велика при том, что у ряда пациентов вообще не был зафиксирован положительный результат терапии.

Литература:

1. Zorzetto C., Sánchez-Mateo C.C., Rabanal R.M. et al. Phytochemical analysis and in vitro biological activity of three *Hypericum* species from the Canary Islands (*Hypericum reflexum*, *Hypericum canariense* and *Hypericum grandifolium*) // *Fitoterapia*. – 2015. – Jan. – Vol. 100. – P. 95-109. doi: 10.1016/j.fitote.2014.11.013.
2. Chauvet S., Barras A., Boukherroub R., Bouron A. Lipid nanocapsules containing the non-ionic surfactant Solutol HS15 inhibit the transport of calcium through hyperforin-activated channels in neuronal cells // *Neuropharmacology*. – 2015. – Dec. – Vol. 99. – P. 726-734. doi: 10.1016/j.neuropharm.2015.08.043
3. Bouron A., Lorrain E. Cellular and molecular effects of the antidepressant hyperforin on brain cells: Review of the literature // *Encephale*. – 2014. – Apr. – Vol. 40, № 2. – P. 108-113. doi: 10.1016/j.encep.2013.03.004. Review. French
4. Lee S.K., Kim J.E., Kim Y.J. et al. Hyperforin attenuates microglia activation and inhibits p65-Ser276 NFκB phosphorylation in the rat piriform cortex following status epilepticus // *Neurosci Res*. – 2014. – Aug. – Vol. 85. – P. 39-50. doi: 10.1016/j.neures.2014.05.006.
5. Sakowska J., Anzewska M., Łozak A. et al. Testing pharmaceutical release of active substances from medicinal products containing st. john's wort // *Acta Pol. Pharm.* – 2016. – Mar-Apr. – Vol. 73, № 2. – P. 395 - 401.
6. Russo E., Scicchitano F., Whalley B.J. et al. *Hypericum perforatum*: pharmacokinetic, mechanism of action, tolerability, and clinical drug-drug interactions // *Phytother. Res.* – 2014. – May. – Vol. 28, № 5. – P. 643-655. doi: 10.1002/ptr.5050. Review.
7. Apaydin E.A., Maher A.R., Shanman R. et al. A systematic review of St. John's wort for major depressive disorder // *Syst Rev.* – 2016. – Sep. 2. – Vol. 5, № 1. – P. 148. doi: 10.1186/s13643-016-0325-2. PMID: 27589952

References

1. Zorzetto C., Sánchez-Mateo C.C., Rabanal R.M. et al. Phytochemical analysis and in vitro biological activity of three *Hypericum* species from the Canary Islands (*Hypericum reflexum*, *Hypericum canariense* and *Hypericum grandifolium*) // *Fitoterapia*. – 2015. – Jan. – Vol. 100. – P. 95-109. doi: 10.1016/j.fitote.2014.11.013.
2. Chauvet S., Barras A., Boukherroub R., Bouron A. Lipid nanocapsules containing the non-ionic surfactant Solutol HS15 inhibit the transport of calcium through hyperforin-activated channels in neuronal cells // *Neuropharmacology*. – 2015. – Dec. – Vol. 99. – P. 726-734. doi: 10.1016/j.neuropharm.2015.08.043
3. Bouron A., Lorrain E. Cellular and molecular effects of the antidepressant hyperforin on brain cells: Review of the literature // *Encephale*. – 2014. – Apr. – Vol. 40, № 2. – P. 108-113. doi: 10.1016/j.encep.2013.03.004. Review. French
4. Lee S.K., Kim J.E., Kim Y.J. et al. Hyperforin attenuates microglia activation and inhibits p65-Ser276 NFκB phosphorylation in the rat piriform cortex following status epilepticus // *Neurosci Res*. – 2014. – Aug. – Vol. 85. – P. 39-50. doi: 10.1016/j.neures.2014.05.006.
5. Sakowska J., Anzewska M., Łozak A. et al. Testing pharmaceutical release of active substances from medicinal products containing st. john's wort // *Acta Pol. Pharm.* – 2016. – Mar-Apr. – Vol. 73, № 2. – P. 395 - 401.
6. Russo E., Scicchitano F., Whalley B.J. et al. *Hypericum perforatum*: pharmacokinetic, mechanism of action, tolerability, and clinical drug-drug interactions // *Phytother. Res.* – 2014. – May. – Vol. 28, № 5. – P. 643-655. doi: 10.1002/ptr.5050. Review.
7. Apaydin E.A., Maher A.R., Shanman R. et al. A systematic review of St. John's wort for major depressive disorder // *Syst Rev.* – 2016. – Sep. 2. – Vol. 5, № 1. – P. 148. doi: 10.1186/s13643-016-0325-2. PMID: 27589952

8. Nakamura K., Aizawa K., Yamauchi J., Tanoue A. Hyperforin inhibits cell proliferation and differentiation in mouse embryonic stem cells // *Cell Prolif.* – 2013. – Oct. – Vol. 46, № 5. – P. 529-537. doi: 10.1111/cpr.12060.
9. Silva S.M., Martinho A., Moreno I. et al. Effects of *Hypericum perforatum* extract and its main bioactive compounds on the cytotoxicity and expression of CYP1A2 and CYP2D6 in hepatic cells // *Life Sci.* – 2016. – Jan 1. – Vol. 144. – P. 30-6. doi: 10.1016/j.lfs.2015.11.004.
10. Sienkiewicz J., Czarnik-Matusewicz H., Wiela-Hojeńska A. Phytotherapy threats with emphasis on St. John's wort medicines // *Pol. Merkur. Lekarski.* – 2013. – Nov. – Vol. 35, № 209. – P. 309-312. Review. Polish.
11. Ложкина Л.И. Комплаенс как актуальная проблема медицинской психологии: теоретико - методологические аспекты // *Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика.* – 2015. – Том 15, № 3. – С. 75-80.
12. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии // *Психиатрия и психофармакотерапия.* – 2004. – Том 6, № 4.
13. Асриян О.Б. Комплаенс как результат коммуникативной компетентности врача // *Тихоокеанский медицинский журнал.* – 2016. – Том 61, № 4. – С. 93-97.
14. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* – 2014. – № 2. – С. 4-12.
15. Чихачёв И.В., Исурин Г.Л. Психологические факторы комплаенса при невротических расстройствах // *Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ.* – 2014. – Том 2. – С. 305-311.
16. Еременко М.В. От клинических исследований к совершенствованию клинической практики // *Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия.* – 2008. – № 2 (7). URL: <http://neuro.health-ua.com/article/82.html> Дата обращения 11.10.2016
17. Вольская Е.А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // *Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике.* – 2013. – № 11. – С. 6-15.
18. Светличная Т.Г., Смирнова Е.А. Факторы формирования комплаенса больных при оказании психиатрической помощи (в оценках врачей и пациентов) // *Вестник Ивановской медицинской академии.* – 2014. – Том 19, № 4. – С. 5-8.
19. Гречко Т.Ю. Факторы, влияющие на комплаенс в современных условиях психиатрии (обзор литературы) // *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья.* – 2009. – № 35. – С. 72-75.
8. Nakamura K., Aizawa K., Yamauchi J., Tanoue A. Hyperforin inhibits cell proliferation and differentiation in mouse embryonic stem cells // *Cell Prolif.* – 2013. – Oct. – Vol. 46, № 5. – P. 529-537. doi: 10.1111/cpr.12060.
9. Silva S.M., Martinho A., Moreno I. et al. Effects of *Hypericum perforatum* extract and its main bioactive compounds on the cytotoxicity and expression of CYP1A2 and CYP2D6 in hepatic cells // *Life Sci.* – 2016. – Jan 1. – Vol. 144. – P. 30-6. doi: 10.1016/j.lfs.2015.11.004.
10. Sienkiewicz J., Czarnik-Matusewicz H., Wiela-Hojeńska A. Phytotherapy threats with emphasis on St. John's wort medicines // *Pol. Merkur. Lekarski.* – 2013. – Nov. – Vol. 35, № 209. – P. 309-312. Review. Polish.
11. Lozhkina L.I. Komplaens kak aktual'naja problema medicinskoj psihologii: teoretiko-metodologicheskie aspekty // *Izvestija Saratovskogo universiteta. Novaja serija. Serija: Filosofija. Psihologija. Pedagogika.* – 2015. – Tom 15, № 3. – S. 75-80. (In Russ)
12. Neznanov N.G., Vid V.D. Problema komplaensa v klinicheskoj psihiatrii // *Psihiatrija i psihofarmakoterapija.* – 2004. – Tom 6, № 4. (In Russ)
13. Asrijan O.B. Komplaens kak rezul'tat kommunikativnoj kompetentnosti vracha // *Tihookeanskij medicinskij zhurnal.* – 2016. – Tom 61, № 4. – S. 93-97. (In Russ)
14. Danilov D.S. Terapevtičeskoe sotrudničestvo (komplaens): sodержание ponjatija, mehanizmy formirovanija i metody optimizacii // *Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika.* – 2014. – № 2. – S. 4-12. (In Russ)
15. Chihachjov I.V., Isurina G.L. Psihologičeskie faktory komplaensa pri nevrotičeskix rasstrojstvax // *Nauchnye issledovanija vypusknikov fakul'teta psihologii SPbGU.* – 2014. – Tom 2. – S. 305-311. (In Russ)
16. Eremenko M.V. Ot kliničeskix issledovanij k sovershenstvovaniju kliničeskoj praktiki // *Nejro News: psihonevrologija i nejropsihiatrija.* – 2008. – № 2 (7). URL: <http://neuro.health-ua.com/article/82.html> 11.10.2016 (In Russ)
17. Vol'skaja E.A. Pacientskij komplaens. Obzor tendencij v issledovanijax // *Remedium. Zhurnal o rossijskom rynke lekarstv i medicinskoj tehnikе.* – 2013. – № 11. – S. 6-15. (In Russ)
18. Svetlichnaja T.G., Smirnova E.A. Faktory formirovanija komplaensa bol'nyh pri okazanii psihiatricheskoj pomoshhi (v ocenках vrachej i pacientov) // *Vestnik Ivanovskoj medicinskoj akademii.* – 2014. – Tom 19, № 4. – S. 5-8. (In Russ)
19. Grechko T.Ju. Faktory, vlijajushhie na komplaens v sovremennyh uslovijax psihiatrii (obzor literatury) // *Nauchno-medicinskij vestnik Central'nogo Chernozem'ja.* – 2009. – № 35. – S. 72-75. (In Russ)

20. Петрова Н.Н., Кучер Е.О. Побочные эффекты терапии и комплаенс больных депрессией // Журнал Неврологии и Психиатрии. – 2012. – Вып. 2, № 11. – С. 77-85.
20. Petrova N.N., Kucher E.O. Pobochnye jeffekty terapii i kompliens bol'nyh depressiej // Zhurnal Nevrologii i Psihatrii. – 2012. – Vyp. 2, № 11. – S. 77-85. (In Russ)
21. Липс Г.Ф. Основы психофизики. – М.: ДомКнига, 2012. – 112 с.
21. Lips G.F. Osnovy psihofiziki. – M.: DomKniga, 2012. – 112 s. (In Russ)

Summary:

THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT WITH THE HERB ST. JOHN'S WORT AND COMPLIANCE OF PATIENTS WITH DISORDERS OF THE DEPRESSIVE SPECTRUM, DEPENDING ON THEIR PERCEPTION OF THE PROFESSIONALISM OF THE ATTENDING PHYSICIAN

S.V. Kharitonov

Moscow scientific-practical center of medical rehabilitation, restorative and sports medicine" of the healthcare Department of Moscow, Russia

In article results of research of efficiency of treatment of patients with an established diagnosis of depressive episode of mild to moderate severity and compliance of these patients, based on the number of passes of the drug. The effectiveness of therapy was evaluated in dynamics, before treatment, after 1 month and after 3 months of therapy according to clinical scale questionnaire depression A. Beck. Additionally, investigated subjective satisfaction with the professionalism of the attending physician, according to the visual analogue 10-point scale.

The study involved 45 patients, 18 people were diagnosed with bipolar affective disorder, current episode mild or moderate depression (F31.3), 15 depressive episodes of mild (F32.0), and 12 patients depressive episode average degree (F32.1).

The study determined that the effectiveness of treatment with the herb St. John's wort was not sufficiently high. Thus, at the beginning of therapy a big role in ensuring compliance played satisfaction with the professionalism of the attending physician. In the future, the role of this factor is significantly reduced and after three months of therapy, a greater effect on compliance of patients had their level of depression and not the subjective satisfaction with the professionalism of the attending physician.

*Key words:* the herb St. John's wort, depression, compliance, efficiency, dynamics, therapy.

---

УДК 616.89

## **СВЯЗЬ СЕМЕЙНОЙ СПЛОЧЕННОСТИ И АДАПТИВНОСТИ ПО ОПРОСНИКУ FACES-3 С ПРОЯВЛЕНИЯМИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

Н.Ю. Федунина, Г.С. Банников

Центр экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого - педагогический университет», г. Москва, Россия

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ, г. Москва, Россия

---

Контактная информация:

Федунина Наталия Юрьевна – кандидат психологических наук. Место работы и должность: психолог Центра экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет». Адрес: 127051, г. Москва, ул. Сретенка, д. 29. Телефон: (916) 093-27-61, электронный адрес: Natalia\_fedunina@mail.ru

Банников Геннадий Сергеевич – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: старший научный сотрудник отделения суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» им. В.П. Сербского Минздрава России. Адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. Телефон: (495) 963-7572. Руководитель научно-исследовательской лаборатории «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет». Адрес: 127051, г. Москва, ул. Сретенка, д. 29. Телефон: (499) 795-1813, электронный адрес: bannikovgs@mgppu.ru

В статье представлен количественный и качественный анализ связи проявлений психологического неблагополучия в подростковом возрасте и структурных особенностей семейной системы. Выборку составили 615 школьников г. Москвы 12-17 лет. Были выдвинуты две гипотезы: 1) о возрастных и половых особенностях связи параметров психологического благополучия и семейных факторов; 2) о связи функциональности семьи и риска психологического неблагополучия. Использовались методики: Шкала безнадежности, Шкала одиночества (UCLA-3), Опросник склонности к агрессии Басса-Перри, Индекс хорошего самочувствия, Опросник личностных расстройств PDQ-IV, Шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES-3) и модификация проективного рисуночного теста «Семейная социограмма». Были выявлены возрастные различия в динамике оценок сплоченности и адаптивности, а также показано, что низкий уровень сплоченности (разобщенный тип) и адаптивности (ригидный тип) значимо связаны с проявлениями психологического неблагополучия.

*Ключевые слова:* семья, Шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES-3), подростки, психологическое неблагополучие, одиночество, безнадежность, агрессия.

Семья является одним из основных защитных факторов, способствующих переживанию нормативных и ненормативных кризисов и стрессовых событий, источником социальной поддержки, пространством психического роста и развития. Однако размывание семейных ценностей, низкая сплоченность, нарушение коммуникаций усиливают дисфункциональный потенциал семьи и способствуют увеличению деструктивности, направленной как вовне, так и себя. При анализе семейных факторов традиционно большое значение придается структурным характеристикам, среди которых состав семьи, семейные правила, подсистемы, роли, границы, мифы и семейную историю, иерархия, гибкость, сплоченность.

Семейная сплоченность отражает степень эмоциональной близости членов семьи, психологическое расстояние между ними и выражается в возможности обратиться за помощью, чувстве близости друг к другу, ценности единства семьи, способности совместно противостоять внешним и внутренним стрессорам. Нарушения семейной сплоченности сопряжены с повышением риска психологического неблагополучия [5, 15].

Параметры адаптивности также активно рассматриваются в связи с проблемой девиантного поведения. Среди наиболее распространенных тем можно привести исследования влияния родительского контроля, ригидности семейной структуры, особенностей семейных ролей [6]. Базовые структурные параметры сплоченности и адаптивности семейной системы операционализированы Олсоном и представлены в опроснике FACES-3, который использован в данном исследовании.

Связь сплоченности и адаптивности с проявлениями психологического неблагополучия рассмотрена на материале скринингового обследования учеников в 7-11 классах и учащихся колледжей города Москвы. Проанализированы потенциальные и актуальные факторы риска неблагополучия. К первым относятся патохарактерологические особенности личности. Ко вторым - депрессивное состояние с переживаниями обиды, безысходности, безнадежности, одиночества, агрессии. Количественный анализ дополнен качественным анализом индивидуальных случаев.

Структурные характеристики семейной системы и психологическое благополучие в подростковом возрасте.

Семейная сплоченность – наиболее важный защитный фактор в сравнении с другими типами социальной связанности [15]. В литературе по подростковой суицидальности семейная сплоченность представлена такими феноменами, как слабость семейных связей, уровень родительской вовлеченности [3, 10], забота, участие, понимание родителей [12], возможность обратиться за помощью и быть услышанным [6], чувство принадлежности [16], доверительные отношения со значимыми взрослыми [8], частота семейных трапез [4] и др. В модели Олсона уровень семейной сплоченности включает следующие показатели: эмоциональная связь, семейные границы, принятие решений, время, друзья, интересы и отдых.

Подшкала «эмоциональная связь» и её поведенческие корреляты в виде отстраненных отношений и чувства непонятности, неуслышанности, показывает значимую связь с девиантными и антивитальными проявлениями, снижением

успеваемости, а также трудностями отношений со сверстниками. По данным клинического исследования перед попыткой суицида 41,5% детей пытались поговорить с родителями о своих проблемах, но безрезультатно [5]. Низкая эмоциональная связь может быть сопряжена со снижением чувства принадлежности и повышением ощущения себя как бремени.

Параметр «семейные границы» отражает степень проницаемости/закрытости границ семейной системы. Отмечается, что чем более открытыми являются внешние границы, тем больше закрыты внутрисемейные. Особенности границ находят отражение в различных проявлениях: коалициях, коммуникативных особенностях, степени близости между детьми и родителями и др. [1]. Например, горизонтальные коалиции, в частности, крепость и сплоченность супружеской подсистемы является защитным фактором против суицидальности [7, 13, 14].

Контроль как форма родительской включенности является значимым защитным фактором в группах риска, например, у жертв буллинга [6]. Шек и коллеги показали, что поведенческий и психологический контроль, наряду с качеством детско-родительских отношений, являются предикторами рискованного поведения и его изменений [14]. Семейный контроль и мониторинг связаны с меньшим распространением суицидальных попыток в группе высокого риска, а семейная связанность – со снижением суицидальных попыток в группе невысокого риска [9].

Данные литературы по связи особенностей семейной системы и коррелятов суицидального поведения достаточно велики, однако очень редко встречается сочетание количественного и качественного анализа. Данный подход представлен в статье.

Цель исследования: исследование связи семейных факторов и коррелятов суицидального поведения подростков.

Гипотеза: 1.

Существуют половозрастные особенности связи параметров психологического благополучия и семейных факторов (типа семейной системы с точки зрения параметров адаптивности и сплоченности). 2. Подростки, оценивающие свою семью как более функциональные, менее подвержены риску психологического неблагополучия.

Выборка. В исследовании приняли участие 615 школьников 12-17 лет (329 девушек и 286 юношей, средний возраст –  $14,54 \pm 1,03$  лет) из 20 школ и колледжей г. Москвы.

Методики:

– для оценки восприятия прошлого, настоящего, будущего использовалась шкала «Шкала безнадежности» (Hopelessness Scale, A. Beck);

– для оценки уровня субъективно переживаемого одиночества применялась «Шкала одиночества» (UCLA, версия 3, Д. Рассел);

– «Опросник склонности к агрессии Басса-Перри» включен в мониторинг для выявления степени выраженности физической агрессии, гнева и враждебности;

– «Индекс хорошего самочувствия» (WHO-5, Well-Being Index, ВОЗ) применялся для выявления депрессивной симптоматики;

– оценка личностных характеристик, отражающих эмоциональную нестабильность, импульсивность, негативизм и нарциссическая уязвимость производилась с помощью «Опросника личностных расстройств» (PDQ-IV);

– для исследования особенностей семейного функционирования использовалась методика «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3 / Тест Олсона);

– для выявления структурных особенностей семьи применялась модификация проективного рисуночного теста «Семейная социограмма» (Эйдемиллер Э.Г., Черемисин О.В.).

Статистический анализ данных производился с помощью компьютерной программы SPSS Statistics 14.0

Процедура.

Обследование проводилось в рамках скрининга риска суицидальности в групповой форме с согласия родителей, учащихся и преподавателей. Данные собирались посредством заполнения опросников. Тестирование проводилось фронтально, на бумажных бланках с учениками, имеющими согласие родителей на психологическое сопровождение ребёнка.

Описание и обсуждение результатов.

Для оценки особенностей семейной системы был использован опросник FACES-3 Д.Х. Олсона, один из наиболее распространенных в отечественной и зарубежной психологии инструментов диагностики семейной структуры. Рассмотрим полученные результаты в соответствии с логикой структуры опросника: уровень семей-



ной сплоченности, уровень семейной адаптации и степень функциональности семейной системы.

#### *Семейная сплоченность.*

Представляя сплоченность как континуальную характеристику, Д. Олсон определяет ее противоположности как эмоциональную взаимозависимость (при максимальной степени выраженности сплоченности) и дистанцированность (при минимальной) и выделял 4 типа семейной структуры по сплоченности: разобщенный, разделенный, связанный, сцепленный. В рассматриваемой выборке было получено следующее распределение по типу сплоченности: 33,7% – разобщенный, 33,6% – разделенный, 25,5% – связанный и 4,2% – сцепленный.

Средний показатель сплоченности 33,22 балла соответствует норме для семей с подростками. Таким образом, была выявлена большая тенденция к автономности и дистанцированности, чем к сильной эмоциональной связанности и взаимозависимости. Вопрос, насколько она отражает характеристику возраста или особенности сегодняшних российских подростков в сравнении со сверстниками из других стран, находит отражение в существующих публикациях [2] и нуждается в дальнейшем исследовании.

Не было выявлено значимых возрастных или половых различий по уровню сплоченности. Отметим, однако, интересную динамику перехода от 10 к 11 классу. Для учащихся 10 класса характерна равная представленность разобщенного и разделенного типов семейной системы (по 41,7%), а связанный тип составил 16,7%. Таким образом, наблюдается тяготение к полюсу дистанцированности, снижения эмоциональной сплоченности, отражающей тенденцию к сепарации от родителей. Для выпускного 11 класса ситуация в корне меняется. Процент разобщенного стиля падает до 25%, а разделенного и связанного возрастает до 53,6% и 21,4%, соответственно. Можно предположить, что стресс выпускного класса, предстоящих экзаменов приводит к повышению эмоциональной сплоченности в семье, делает подростков снова более близкими к родителям, активно включающимся в академическую сферу. В этом плане интересны и паттерны, характерные для учащихся колледжа, которые вне ситуации академического стресса «возвращают» выявленную у десятиклассников тенденцию к дистанцированию (разобщенный тип представлен у 42,9% респондентов).

Семьи с разным типом сплоченности имели значимые различия по выраженности переживания безнадежности ( $p=0,000$ ), одиночества ( $p=0,043$ ), негативизма ( $p=0,043$ ) (тест Краскала-Уоллиса). Подростки, описывающие свои семьи как менее сплоченные, отличались более высокими показателями по вышеприведенным параметрам.

Уровень семейной сплоченности включает эмоциональную связь, семейные границы, принятие решений, время, друзья, интересы и отдых. Большинство подшкал обнаружило значимую корреляцию с такими факторами риска, как безнадежность и одиночества, а также с проявлениями характерологических акцентуаций.

Подшкала «эмоциональная связь» показала корреляции практически со всеми параметрами психологического благополучия. Этот фактор является одним из наиболее распространенных в изучении риска суицидального поведения подростков. Девушки показали значимо более высокие баллы, чем юноши ( $p=0,000$ ) (критерий Манна-Уитни), а более юные респонденты (7 и 8 класс) оценили эмоциональную связь в своей семье выше, чем старшеклассники ( $p=0,014$ ) (тест Краскал Уоллис). Половые различия были получены и для шкал «семейные границы» и «принятие решений». У девушек наблюдаются более высокие показатели, чем у юношей ( $p=0,006$ ) (критерий Манна-Уитни). Кроме того, девушки ощущают большую вовлеченность всех членов семьи в принятие решений ( $p=0,032$ ) (критерий Манна-Уитни).

Подшкала «интересы и отдых» («На семейных мероприятиях присутствует большинство членов семьи. Нам трудно представить себе, что мы могли бы предпринять всей семьей») коррелирует в рассматриваемой выборке только с параметром «одиночество». Однако интересно, что в литературе совместное проведение времени признается одним из ключевых защитных факторов от ряда форм рискованного поведения подростков [4]. Впрочем, схожую смысловую нагрузку несет параметр «время» («Мы любим проводить свободное время все вместе»), обнаруживающий корреляцию практически со всеми параметрами психического здоровья. Аналогичная тенденция характеризует и вопрос подшкалы «друзья» («Мы с одобрением относимся к друзьям других членов семьи»), который также показывает возрастные различия: более юные

респонденты имели более высокие баллы ( $p=0,08$ ) (тест Краскала-Уоллиса). Возможно, большая открытость семьи к друзьям у младших подростков связана с меньшими тревогами ро-

дителей по поводу попадания в плохую компанию, большим контролем жизни ребенка. Данное предположение нуждается в дополнительном исследовании.

Таблица 1

Корреляции показателей сплоченности и ее составляющих с параметрами психологического благополучия

Показатель	Сплоченность	Эмоциональная связь	Семейные границы	Принятие решений	Время	Друзья	Интересы
Безнадежность	-0,290**	-0,307**	0,173**	-0,257**	-0,302**	-0,152**	-0,067
	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,107
	615	615	615	615	615	615	615
Одиночество	-0,360**	-0,359**	0,179**	-0,338**	-0,338**	-0,248**	-0,086*
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,040
	615	615	615	615	615	615	615
Физическая агрессия	-0,110**	-0,094*	0,095*	-0,082	-0,149**	-0,136**	-0,035
	0,009	0,025	0,023	0,050	0,000	0,001	0,399
	615	615	615	615	615	615	615
Гнев	-0,160**	-0,182**	0,084*	-0,114**	-0,195**	-0,126**	-0,009
	0,000	,000	0,044	0,006	0,000	0,002	0,826
	615	615	615	615	615	615	615
Враждебность	-0,290**	-0,312**	0,186**	-0,247**	-0,261**	-0,192**	-0,069
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,098
	615	615	615	615	615	615	615
Вербальная агрессия	-0,035	-0,062	0,087*	0,001	-0,098*	-0,023	-0,002
	0,400	0,136	0,037	0,988	0,018	0,586	0,960
	615	615	615	615	615	615	615
Настроение	0,260**	0,301**	-0,181**	0,252**	0,280**	0,149**	0,027
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,525
	615	615	615	615	615	615	615
Нарциссизм	-0,065	-0,085*	0,049	-0,002	-0,025	-0,049	-0,053
	0,123	0,042	0,238	0,960	0,555	0,238	0,209
	615	615	615	615	615	615	615
Пограничность	-0,157**	-0,202**	0,153**	-0,130**	-0,172**	-0,092*	-0,044
	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000	0,029	0,290
	615	615	615	615	615	615	615
Негативизм	-0,218**	-0,262**	0,170**	-0,215**	-0,239**	-0,174**	-0,030
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,477
	615	615	615	615	615	615	615

Примечание: коэффициент корреляции Спирмена. \*\* - уровень значимости 0,01; \* - уровень значимости 0,05.

Если выделять вопросы наиболее связанные с признаками социально-психологической дезадаптации (корреляции значимы при  $p < 0,05$ ), то к таковым можно отнести: «Члены нашей семьи более близки с посторонними, чем друг с другом» с самоповреждающим поведением (0,175), одиночеством (0,095110), безнадежностью (0,02354) «Правила в нашей семье изменяются» с самоповреждающим поведением (0,065344) одиночеством (0,095110), «Нам трудно представить себе, что мы могли бы предпринять всей семьей» с самоповреждающим поведением (0,111605), «Дети самостоятельно выбирают форму поведения» одиночеством (0,035344), безнадежностью (0,075344).

#### *Семейная адаптация.*

Уровень адаптивности семейной системы представляет собой вторую характеристику в модели Олсона. Он охарактеризован четырьмя типами: хаотичный, структурный, гибкий, ригидный. В рассматриваемой выборке было получено следующее распределение по типу адаптивности: 63,1% – хаотичный, 7,8% – структурный, 24,7% – гибкий и 4,4% – ригидный. Таким образом, явное преобладание имеет хаотичный стиль. Для него свойственна неустойчивость руководства, импульсивность решений, неясность ролей, непредсказуемость. Средний показатель 29,32 баллов несколько превышает норму.

Группы по типу адаптивности обнаруживают значимое различие по показателям безнадежности ( $p=0,002$ ), одиночества ( $p=0,001$ ) и Индекса хорошего самочувствия ( $p=0,006$ ) по тесту Краскала-Уоллиса. Ригидный тип семейной системы связан с более высокими показателями безнадежности и одиночества и пониженным настроением. Для хаотичного стиля, напротив, свойственны наиболее благоприятные показатели по этим параметрам.

Были выявлены значимые различия по возрасту ( $p=0,016$ ) (по тесту Краскала-Уоллиса). Интересно, что максимальный процент ригидного типа семей наблюдается в 7 классе, и у учеников колледжа и составляет 7,8 и 10,7%, соответственно. С одной стороны, это может говорить о снижении давления и контроля в переходном возрасте, где возраст 7 класса оказывается рубежным. С другой стороны, отражает ощущение необходимости новых семейных перестроек у учащихся колледжа. Интересно, что у

учеников 11 класса вообще не встречались столь низкие баллы по адаптивности, которые бы соответствовали ригидному типу семьи. В этой возрастной группе, напротив, основным (57,1%) является хаотичный тип семейной системы. Возможно, это связано с тем, что на стресс подготовки к ЕГЭ и поступлению в выпускном классе семья реагирует упрощением и ослаблением структуры семейных правил, требований и норм, воспринимая это как условие, содействующее успешному окончанию школы и поступлению («только бы ребенок учился»). Напротив, учащиеся колледжа, где стресс поступления уже позади, на порядок реже отмечали свои семьи как хаотичные по типу сплоченности (25%), и наиболее часто относят к структурированному и гибкому типу (64,3%). Впрочем, как уже отмечалось, для студентов колледжа был свойственен и наибольший процент ригидного типа семейной системы, показавший связь с неблагоприятием по целому ряду параметров психического здоровья.

К параметрам адаптивности Олсон отнёс «лидерство», «контроль», «дисциплина», «роли», «правила».

Параметр «контроль» («При решении проблем учитываются предложения детей». «В нашей семье большинство решений принимается родителями») отражает в трактовке пунктов опросника Олсона степень агентивности подростка, возможности его активного участия в жизни семьи. Были выявлены значимые различия в выраженности этой характеристики по возрасту ( $p=0,018$ ). В старшей группе показатели по данному параметру выше, чем в младшей. Параметр «дисциплина» («Дети самостоятельно выбирают форму поведения. Наказания обсуждаются родителями и детьми вместе») в трактовке опросника Олсона также скорее отражает активность подростка, чем вовлеченность родителя. Он предполагает учет позиции ребенка даже в контроле негативных проявлений. Параметр «правила» («Правила в нашей семье изменяются») отражает лишь один процесс – изменчивость. Безусловно, это важная составляющая адаптивности семьи, учитывая, насколько болезненный и сложный процесс изменения правил. Правила задают распределение семейных ролей и функций, мест в семейной иерархии, решение о том, что можно делать, а что нельзя [1].

Корреляции показателей гибкости и ее составляющих с параметрами психологического благополучия

Показатель	Лидерство	Контроль	Дисциплина	Роли Р	Правила	Гибкость
Безнадежность	-0,096*	-0,062	-0,158**	-0,090*	-0,008	-0,051
	0,021	0,138	0,000	0,032	0,847	0,226
	615	615	615	615	615	615
Одиночество	-0,119**	-0,058	-0,224**	-0,091*	-0,032	-0,018
	0,004	0,164	0,000	0,030	0,451	0,675
	615	615	615	615	615	615
Физическая агрессия	0,042	0,014	-0,042	-0,001	0,071	0,069
	0,320	0,740	0,312	0,988	0,089	0,100
	615	615	615	615	615	615
Гнев	0,062	0,025	-0,055	0,037	0,071	0,116**
	0,137	0,551	0,191	0,377	0,090	0,005
	615	615	615	615	615	615
Враждебность	-0,007	0,012	-0,172**	-0,035	0,092(*)	0,061
	0,873	0,776	0,000	0,410	0,027	0,148
	615	615	615	615	615	615
Вербальная агрессия	0,100*	0,046	0,052	0,045	0,074	0,115**
	0,016	0,270	0,212	0,284	0,076	0,006
	615	615	615	615	615	615
Настроение	0,095*	0,069	0,183**	0,046	0,044	-0,005
	0,022	0,101	0,000	0,274	0,292	0,904
	615	615	615	615	615	615
Нарциссизм	0,124**	0,089(*)	0,001	0,044	0,129**	0,097*
	0,003	0,034	0,988	0,292	0,002	0,021
	615	615	615	615	615	615
Пограничность	-0,015	0,008	-0,107*	-0,022	0,029	0,032
	0,723	0,849	0,010	0,598	0,490	0,451
	615	615	615	615	615	615
Негативизм	-0,036	0,003	-0,172**	0,011	0,003	0,035
	0,384	0,946	0,000	0,790	0,939	0,405
	615	615	615	615	615	615

Примечание: коэффициент корреляции Спирмена. \*\* - уровень значимости 0,01; \* - уровень значимости 0,05.

Параметр «роли в семье» («В нашей семье изменяется способ выполнения повседневных дел». «Домашние обязанности могут переходить от одного члена семьи к другому». «Трудно сказать, какие обязанности в домашнем хозяйстве

выполняет каждый член семьи») отражают особенности распределения обязанностей по дому. Он показал положительную корреляцию со всеми проявлениями акцентуации и с показателями по одиночеству.

Резюмируя представления о разных типах сплоченности и адаптивности, Олсон выделил три интегральные характеристики семей: функциональная (раздельная и структурированная, раздельная и гибкая, связанная и структурированная и связанная и гибкая), полуфункциональная (разобщенная и структурированная, разобщенная и гибкая, сцепленная и структурированная, сцепленная и гибкая, ригидная и раздельная, ригидная и связанная, хаотичная и раздельная, хаотичная и связанная) и дисфункциональная (разобщенная и ригидная, разобщенная и хаотичная, сцепленная и ригидная, сцепленная и хаотичная).

В обследованной выборке 15,3% составили функциональные семьи, 64,1% – полуфункциональные и 20,7% – дисфункциональные. Таким образом, большинство семей может быть отнесено к полуфункциональному типу семейной системы. Были получены различия между группами по переменным «безнадежность» ( $p=0,000$ ), «одиночество» ( $p=0,000$ ), гнева ( $p=0,007$ ), враждебности ( $p=0,000$ ), «Индекса хорошего самочувствия» ( $p=0,001$ ), нарциссизма ( $p=0,0053$ ), «негативизм» ( $p=0,020$ ) (Kruskal Wallis Test).

Дополнительно нами был проведен сравнительный анализ представлением о реальной и идеальной семье. При анализе идеального образа семьи было выявлено, что оценка адаптивности идеальной семьи практически совпадает с реальной, тогда как распределение типов по сплоченности меняется в основном за счет снижения процента предпочтения разобщенного типа и повышения связанного, то есть роста показателя сплоченности.

*Реальная и идеальная семья.* Анализ рисунков.

Количественный анализ был дополнен качественным анализом индивидуальных случаев. Проанализировано 98 рисунков реальной и идеальной семьи. По результатам анализа были выделены следующие категории: отказ от задания, совпадение рисунка идеальной и реальной семьи, рисунок будущей семьи, рисунок семьи с изменениями в семейной системе. 9 человек отказались от выполнения задания и 15 человек отметили, что не хотят ничего менять («в моей семье меня все устраивает»). Респонденты, представившие рисунки идеальной семьи, распределились по двум основным группам: с отображением своей будущей семьи и описанием

изменений в своей реальной семейной системе. Рассмотрим их подробнее.

Рисунки будущей семьи представило 23 подростка, 7 из которых входят в группу риска (два с самоповреждающим поведением).

У одного испытуемого на рисунке идеальной семьи отражена стадия «монады». Рисунок принадлежит респонденту А., девушке 16 лет (10 класс). Для нее характерно снижение настроения (по «Индексу хорошего самочувствия» - 5 баллов), повышенные показатели агрессивности (риск по «физической агрессии» (31 балл), и «гневу» (27 балл) по опроснику Басса-Перри), риск по шкалам негативизму (72,9 балл) и эмоциональной-неустойчивости (пограничности) (80,8 балл) (опросник PDQ). По результатам опросника Олсона респондент А. оценивает свою реальную семью как обособленную и хаотичную (35 балла по сплоченности и 32 по адаптивности), а в идеале – как взаимозависимую и хаотичную (39 балла по сплоченности и 35 баллов по гибкости).

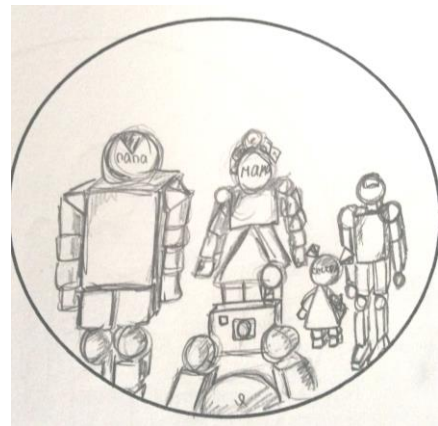


Рис. 1. Реальная семья. Респондент А.

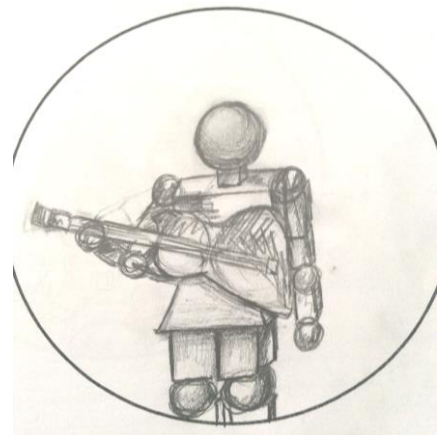


Рис. 2. Идеальная семья. Респондент А.

Респондент изображает свою семью в виде роботов, у которых вместо лиц вписаны семейные роли. В рисунке идеальной семьи лицо и вовсе пусто, что может свидетельствовать, с одной стороны, о высокой внутренней напряженности снижении чувства реальности и радости жизни, остро протекающем процессе сепарации с выраженным переживанием одиночества, а с другой стороны с трудностями конструирования индивидуальной и социальной идентичности.

Стадия диады представлена в семи рисунках (4 респондента из группы риска, из них 1 с самоповреждающим поведением). В трех случаях это собственно диада («я и кто-то еще»), еще в трех случаях образы я и партнера приводятся вместе со всеми фигурами родительской семьи, нарисованными на рисунке реальной семьи. А в одной случае показан процесс сепарации.

Респондент Я., девушка 16 лет. На фоне благополучных результатов по методикам оценки переживаний одиночества и безнадежности обращает на себя внимание низкий показатель по «Индексу хорошего самочувствия» (7 баллов), повышенный уровень физической агрессии (30 баллов) и враждебности (23 балла), а также по нарциссизму (93,6) и эмоциональной неустойчивости (пограничности) (86,4) (опросник PDQ). Респондент Я. оценивает свою семью сейчас как обособленную и хаотичную (36 балла по сплоченности и 34 по адаптивности), что практически совпадает с идеальным образом (37 баллов по сплоченности и 31 балла по гибкости).

Можно отметить ряд интересных отличий в этих двух рисунках. Они выдержаны в одном стиле, а образ девушки практически повторяет материнский. Однако на рисунке идеальной семьи респондент обретает тело, а также меняется подпись: обретенное в семье имя на «я». Фигура матери становится меньше. Руки мамы на втором рисунке удлиняются, как бы следуя за выходящей за пределы семейного круга дочерью. Вид у родителей вполне довольный, вот только голова и правые конечности папы перестают уместаться в семейном кругу (он тоже совершает движение из круга). Вероятно, это может говорить о тревоге, что при сепарации дочери, обретающей свое я, мать остается одна.

Наиболее распространенной в обследованной выборке оказалась стадия триады. 15 респондентов (3 случая группы риска, 1 с само-

повреждающим поведением) изображали ее на рисунке идеальной семьи.

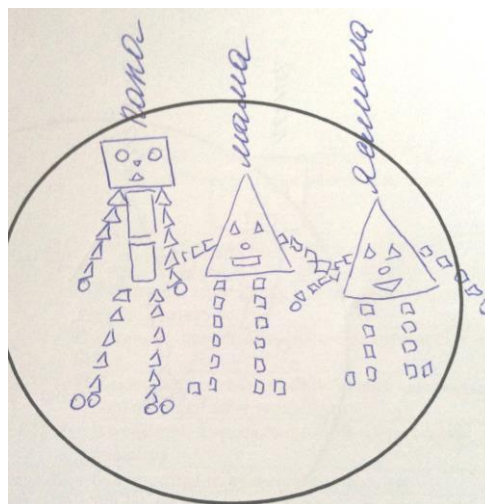


Рис. 3. Реальная семья. Респондент Я.

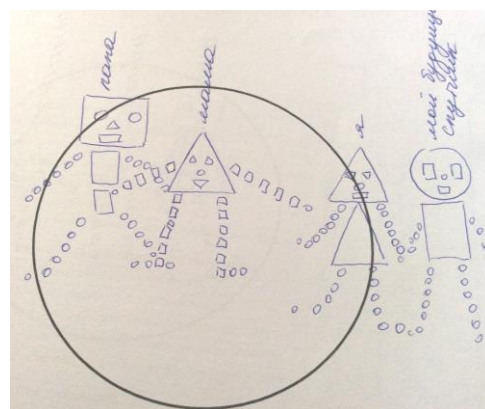


Рис. 4. Идеальная семья. Респондент Я.

Респондент Б., девушка 15 лет. В ее результатах обращает на себя внимание повышенных уровень физической агрессии (30 баллов), а также патохарактерологических особенностей по всем трем рассматривавшимся шкалам: нарциссизма (89,6), эмоциональной неустойчивости (пограничности) (72,9), негативизма (86,5). По результатам опросника Олсона респондент Б. оценивает свою семью как обособленную и хаотичную (33 балла по сплоченности и 34 по адаптивности), а в идеале – как разобщенную и хаотичную (23 балла по сплоченности и 33 балла по гибкости). Кроме того, по ряду ответов на пункты различных опросников («будущее мне представляется во тьме», «расплывчатым и неопределенным» (шкала безнадежности), «я не понимаю, почему иной раз мне так горько» (шкала агрессии), «чувство, что Вас никто не



знает по-настоящему» (шкала одиночества) и др. можно предположить, что, несмотря на социальную желательность и распахнутость / открытость (см. рисунок реальной семьи), респонденту пока не хватает символических средств и инструментов. Отсюда и безрукость действующих лиц на рисунке идеальной семьи. Интересно нетипичное снижение баллов по сплоченности в оценке идеальной семьи. От распахнутых объятий реальной семьи в рисунке идеальной семьи ничего не остается. Возможно, в семье респондент не получает достаточного контейнирования своих переживаний и тревог, несмотря на обилие окружающих персонажей и внешнюю эмоциональную теплоту. Фигура матери обрезана, а фигура отца отдалена и походит на удивленную куклу Пьеро с жабо, девочка в большей степени опирается на фигуру бабушки, больше напоминающая облако.



Рис. 5. Реальная семья. Респондент Б.



Рис. 6. Идеальная семья. Респондент Б.

Основной массив материалов составили рисунки, в которых изображены изменения в семейной системе. В 22 случаях на рисунке идеальной семьи представлено *изменение состава семьи*. Рассмотрим основные типы изменений:

– привнесение фигуры *домашнего животного* (кошки, собаки, рыбок) – 5 случаев. Все респонденты в этой группе показали по опросникам результаты, соответствующие норме;

– введение *фигуры отца* – 5 случаев (3 группы риска, из них 2 случая самоповреждающего поведения). Еще один случай (с историей самоповреждающего поведения) представляет исключение фигуры отца из состава семьи;

– дополнение фигурами *расширенной семьи*: бабушки, дедушки, двоюродные братья и сестры, родные сиблинги, живущие отдельно. Сюда вошли 9 респондентов (4 группы риска). В одном случае происходит попытка исключения младшего брата в рисунке идеальной семьи (зачеркнута фигура брата и надпись «и никаких мелких»). В одном рисунке (респондента с историей самоповреждающего поведения) в рисунке реальной семьи представлена лишь одна фигура «я», тогда как в идеальной происходит дополнение фигурами родителей и сиблингов.

Рассмотрим подробнее несколько случаев.

Респондент Г., юноша 16 лет, 9 класс. Профиль результатов по тестам показывает высокий уровень одиночества, безнадежности, снижение настроения (4 балла по «Индексу хорошего самочувствия»), высокий уровень эмоциональной неустойчивости (пограничности) (опросник PDQ). Реальная семья оценивается как разделенная и гибкая (32 балла по сплоченности и 29 баллов по гибкости). Идеальная семья видится как связанная (38 по сплоченности) и гибкая (25 по адаптивности).

Фигура отчима на рисунке реальной семьи является самой большой и грозной. Мать смотрит более ласково, но она далеко и не может защитить: она самая бледная из всех. Бабушка тоже далеко, к тому же она занята: она вяжет. Фигура «я» прорисована тревожно, особенно нижняя половина. Руки практически сливаются с телом. Фигура отца на рисунке идеальной семьи – единственный одетый персонаж. Кроме того, он изображен в социально значимой роли добытчика семьи – ходит на работу.

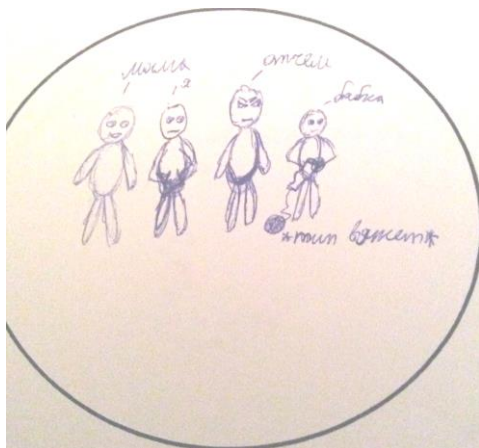


Рис. 7. Реальная семья. Респондент Б.



Рис. 8. Идеальная семья. Респондент Б.

Респондент С., юноша 15 лет, 9 класс.

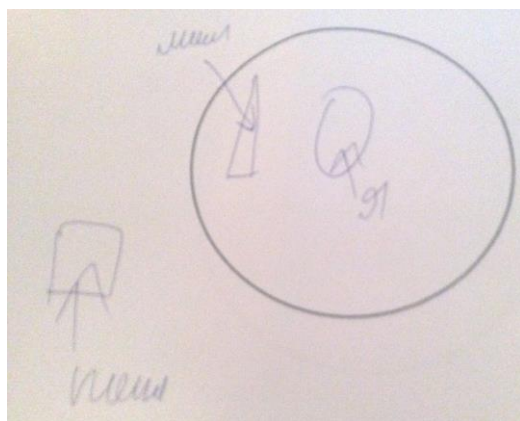


Рис. 9. Реальная семья. Респондент С.

Отмечает эпизод самоповреждающего поведения, повышенный уровень безнадежности, одиночества, агрессии, черт негативизма (89,6) эмоциональной неустойчивости (пограничности) (86,4). По результатам опросника Олсона ре-

спондент С. оценивает свою семью сейчас как разобщенную и гибкую (27 балла по сплоченности и 25 по адаптивности), а в идеале – как связанную и хаотичную (42 балла по сплоченности и 30 баллов по гибкости).

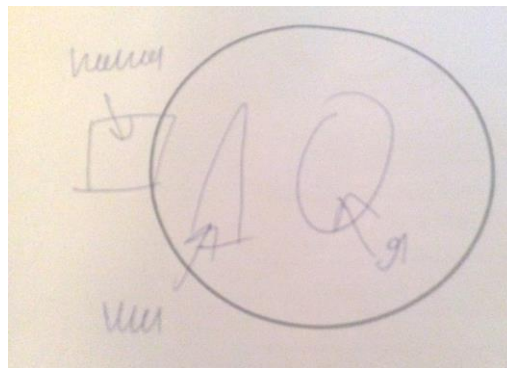


Рис. 10. Идеальная семья. Респондент С.

В рисунках респондента С. отражено желаемое уменьшение дистанции с отцом, живущим отдельно.

Респондент Е., девушка 15 лет. Высокий уровень безнадежности и одиночества, низкий балл по «Индексу хорошего самочувствия» (4), самоповреждающее поведение, черты негативизма, эмоциональной неустойчивости (пограничности). По результатам опросника Олсона респондент Е. оценивает свою семью сейчас как разобщенную и ригидную (21 балл по сплоченности и 17 по адаптивности), а в идеале – как разделенную и гибкую (32 балла по сплоченности и 29 баллов по адаптивности).

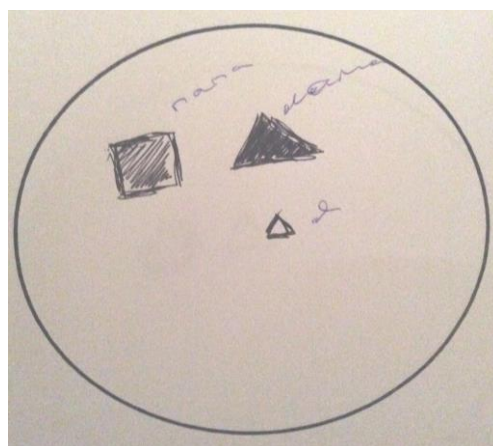


Рис. 11. Реальная семья. Респондент Е.

Сильная и многократная штриховка, а также исключение фигуры отца в идеальной картине



семьи в сочетании с повышенными показателями неблагополучия могут служить сигналом о помощи и мишенью интервенции.

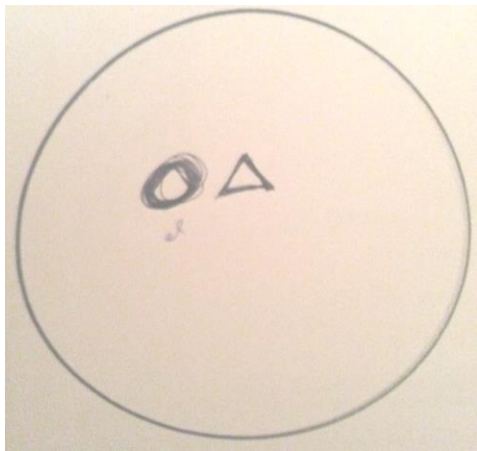


Рис. 12. Идеальная семья. Респондент Е.

И последняя группа рисунков связана с изменением расстояния между фигурами членов семьи, их формой, размером, типом связей между ними. Сюда входит 29 анкет. 8 респондентов – группа риска, из них 3 – с самоповреждающим поведением.

Респондент Н., девушка 16 лет, учится в 9 классе. Высокий уровень безнадежности, эпизод самоповреждающего поведения. Опросник Олсона заполнила не до конца.

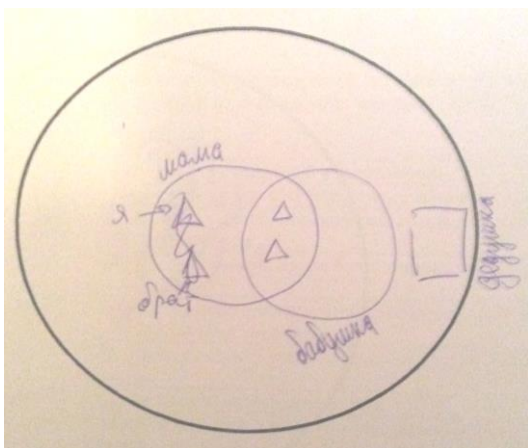


Рис. 13. Реальная семья. Респондент Н.

В данном случае идеальная картина ведет к еще большей слитности всех членов семьи. Если в рисунке реальной семьи фигуры «я» и «брат» «поглощены» и находятся внутри фигур мамы и бабушки, а фигура дедушки отделена, то на рисунке идеальной семьи «я» и «брат» уже не про-

слеживаются, несмотря на введение отцовской фигуры.

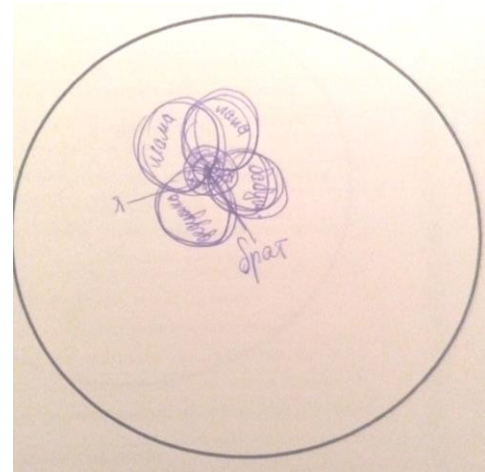


Рис. 14. Идеальная семья. Респондент Н.

Можно предположить значительные трудности сепарации, индивидуализации, нарушения детско-родительских отношений. Требуется консультация специалиста.

Выводы:

Таким образом, для обследованной выборке характерно снижение баллов по сплоченности (33,7% – разобщенный, 33,6% – разделенный) и высокие баллы по адаптивности (63,1% – хаотичный), что отражает неустойчивость руководства, импульсивность решений, неясность ролей, непредсказуемость в сочетании с эмоциональным дистанцированием и слабостью семейных связей. Схожие результаты были получены в исследовании Т.Н. Яблонской [2], показавшей снижение уровня сплоченности и предпочтение гибкого и хаотичного стиля по адаптивности. Были выявлены возрастные различия в динамике показателей по сплоченности и адаптивности, в частности, показана роль стресса выпускного класса и его влияние на особенности структуры семейной системы. В образе идеальной семьи отражено увеличение показателей сплоченности, что может свидетельствовать о потребности в более глубоком эмоциональном контакте. Распределение типов по адаптивности осталось практически неизменным.

В сравнении с параметром «сплоченности» и его подшкалами, «гибкость» обнаруживает значимо меньше связей с коррелятами психологического благополучия. По отношению к некоторым подшкалам были выявлены половозрастные

различия. Подростки из семей с разным типом сплоченности и адаптивности значительно отличались по выраженности переживания безнадежности и одиночества, заострений характера (нарциссизма и негативизма), а рассмотрение интегральных характеристик семей по степени их функциональности показало также отличие по «Индексу хорошего самочувствия» и опроснику совладания с агрессией Басса-Перри. Низкий уровень сплоченности (разобщенный тип) и адаптивности (ригидный тип) значительно связан с

проявлениями психологического неблагополучия.

Использование опросника FACES-III может представлять диагностический интерес в сочетании с проективными методиками семьи, существенно расширяющими данные о субъективно воспринимаемых структурных и коммуникативных особенностях семейной системы, ресурсных и проблемных точек, возможных мишеней психологической консультативной работы.

Литература:

1. Варга А.Я., Драбкина Т.С. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. – СПб.: Речь, 2001. – 144 с.
2. Яблонская Т.Н. Динамика семейных отношений в период кризиса подростковой жизни ребенка // Личность и общество: проблемы взаимодействия: Личность и общество: проблемы взаимодействия: материалы VI Международной научной конференции / Челябинский филиал Университета РАО, 25 апреля 2013 г. – Челябинск: Монограф, 2013. – С. 128-134.
3. Boeninger D.K., Masyn K.E., Conger R.D. Testing Alternative Explanations for the Associations Between Parenting and Adolescent Suicidal Problems // Journal of Research on Adolescence. – 2013. – June. – Vol. 23, № 2. – P. 331-344.
4. Goldfarb S., Tarver W.L., Sen B. Family structure and risk behaviors: the role of the family meal in assessing likelihood of adolescent risk behaviors // Psychology research and behavior management. – 2014. – № 7. – P. 53-66.
5. Hedeland R.L., Jørgensen M.H., Teilmann G. Childhood suicide attempts with acetaminophen in Denmark: characteristics, social behaviour, trends and risk factors // Scandinavian journal of public health. – 2013. – May. – Issue 41, № 3. – P. 240-246.
6. Jantzer V., Haffner J., Parzer P. Does parental monitoring moderate the relationship between bullying and adolescent nonsuicidal self-injury and suicidal behavior? A community-based self-report study of adolescents in Germany // BMC public health. – 2015. – № 15. – P. 583.
7. Jelenova D., Lacinova L., Prasko J. Interparental conflict and adolescent suicidality // European Psychiatry. – 2013. – Vol. 28. – P. 1.
8. Pisani A.R., Wyman P.A., Petrova M. Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities // Journal of Youth and Adolescence: A Multidisciplinary Research Publication. – 2013. – Vol. 42, № 6. – P. 80.

References:

1. Varga A.Ja., Drabkina T.S. Sistemnaja semejnjaja psihoterapija. Kratkij lekcionnyj kurs. – SPb.: Rech', 2001. – 144 s. (In Russ)
2. Jablonskaja T.N. Dinamika semejnyh odnoszenij v period krizisa podrostkovosti rebenka // Lichnost' i obshhestvo: problemy vzaimodejstvija: Lichnost' i obshhestvo: problemy vzaimodejstvija: materialy VI Mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii / Cheljabinskij filial Universiteta RAO, 25 aprelja 2013 g. – Cheljabinsk: Monograf, 2013. – S. 128-134. (In Russ)
3. Boeninger D.K., Masyn K.E., Conger R.D. Testing Alternative Explanations for the Associations Between Parenting and Adolescent Suicidal Problems // Journal of Research on Adolescence. – 2013. – June. – Vol. 23, № 2. – P. 331-344.
4. Goldfarb S., Tarver W.L., Sen B. Family structure and risk behaviors: the role of the family meal in assessing likelihood of adolescent risk behaviors // Psychology research and behavior management. – 2014. – № 7. – P. 53-66.
5. Hedeland R.L., Jørgensen M.H., Teilmann G. Childhood suicide attempts with acetaminophen in Denmark: characteristics, social behaviour, trends and risk factors // Scandinavian journal of public health. – 2013. – May. – Issue 41, № 3. – P. 240-246.
6. Jantzer V., Haffner J., Parzer P. Does parental monitoring moderate the relationship between bullying and adolescent nonsuicidal self-injury and suicidal behavior? A community-based self-report study of adolescents in Germany // BMC public health. – 2015. – № 15. – P. 583.
7. Jelenova D., Lacinova L., Prasko J. Interparental conflict and adolescent suicidality // European Psychiatry. – 2013. – Vol. 28. – P. 1.
8. Pisani A.R., Wyman P.A., Petrova M. Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities // Journal of Youth and Adolescence: A Multidisciplinary Research Publication. – 2013. – Vol. 42, № 6. – P. 80.

9. Rosso A.E. It's all relative : the differential effects of family connectedness on adolescent suicide attempts Thesis (MPH). – University of Auckland, 2011.
10. Sabia J.J., Rees D.I. The effect of parental involvement laws on youth suicide // *Economic Inquiry*. – 2013. – January. – Vol. 51, № 1. – P. 620-636.
11. Saffer B.Y., Glenn C.R., Klonsky E.D. Clarifying the relationship of parental bonding to suicide ideation and attempts // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2015. – August. – Vol. 45, № 4. – P. 518-528.
12. Shaikh I.A., Shaikh M.A. Correlates of seriously considering attempting suicide among Jordanian students in grades 8 to 10 // *Eastern Mediterranean health journal*. – 2010. – Nov. – Vol. 16, № 11. – P. 1198-1199.
13. Shek D.T.L., Ng C.S.M. Family quality of life, personal well-being, and risk behavior in early adolescents in Hong Kong: related phenomena and research gaps // *Chinese adolescents in Hong Kong*. – 2014. – Vol. 5 of the series *Quality of Life in Asia*. – P. 1-18.
14. Shek D.T.L., Moon Y.M. Law Parental Behavioral Control, Parental Psychological Control and Parent-Child Relational Qualities: Relationships to // *Chinese adolescents in Hong Kong*. – 2014. – Vol. 5 of the series *Quality of Life in Asia*. – P. 51-69.
15. Stone D.M., Luo F., Lippy C. The role of social connectedness and sexual orientation in the prevention of youth suicide ideation and attempts among sexually active adolescents // *Suicide and life-threatening behavior*. – 2015. – August. – Vol. 45, № 4. – P. 415-430.
16. Timmons K.A., Selby E.A., Lewinsohn P.M., Joiner T.E. Parental displacement and adolescent suicidality: exploring the role of failed belonging // *Journal of clinical child and adolescent psychology*. – 2011. – Vol. 40, № 6. – P. 807-817.

Summary:

#### ASSOCIATION OF FAMILY COHESION AND ADAPTATION IN FACES-3 SCALE WITH PSYCHOLOGICAL WELLBEING IN ADOLESCENCE

*N.Yu. Fedunina, G.S. Bannikov*

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia  
Moscow Research Institute of Psychiatry, Moscow, Russia

The article presents qualitative and quantitative analysis of association between manifestations of psychological wellbeing and structural characteristics of family system in adolescents. 615 Moscow teen aged 12-17 participated in the research. Two hypotheses were discussed: 1) there are gender and age differences in the association of family structure and psychological well-being, 2) there is association of functional potential of the family and manifestations of psychological difficulties. Several measures were used: Hopelessness Scale, UCLA-3, WHO-5, Buss-Perry Aggression Questionnaire, PDQ-IV, FACES-3 и projective drawing test "Family sociogram". The results show age differences in family cohesion and adaptation. Also, low level of family functionality showed association with decrease of psychological well-being. Qualitative projective method was added to enrich individual interpretation of the results.

*Keywords:* family, adolescents, FACES-3, loneliness, aggression, hopelessness.

## КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН

М.Ю. Нечин

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия

Контактная информация:

Нечин Михаил Юрьевич – клинический ординатор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес: 390029, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. Телефон: (4912) 75-43-73, электронный адрес: ne4inne@yandex.ru

Работа посвящена обзору данных литературы по актуальной проблеме женского алкоголизма. В статье проводится детальный анализ причин и этапов формирования алкогольной зависимости у женщин. Отдельное внимание отведено развитию алкогольной зависимости у женщин, состоящих в брачных отношениях с мужчинами-алкоголиками. Подробно описаны варианты течения алкоголизма у женщин в зависимости от возраста, социального статуса и семейного положения. В свете рассматриваемых данных, указаны возможные варианты прогноза в плане реабилитации и подходов к терапии алкогольной зависимости у женщин.

*Ключевые слова:* алкогольная зависимость у женщин, медико-социальные последствия.

Алкогольная зависимость составляет серьезную проблему современного общества, имеет неблагоприятные медицинские и социальные последствия, является одной из наиболее значимых причин повышения смертности, заболеваемости и снижения трудоспособности [8, 21, 22, 23].

Отмечается интенсивный (угрожающий) рост женского алкоголизма. Алкоголизм у женщин развивается в 3-5 раз реже, чем у мужчин [15]. Вместе с тем, в соответствии с некоторыми данными, в последние годы отмечается тенденция к уменьшению различия в мужской и женской заболеваемости. В частности, указывается на то, что если в прежние годы в среде учащихся и студентов злоупотребление алкоголем чаще встречалось у юношей, чем у девушек, то в настоящее время эти показатели уравниваются, а в отдельных молодежных субпопуляциях пьющие девушки количественно превосходят пьющих юношей [28]. Соотношение женщин и мужчин среди больных алкоголизмом в нашей стране в 1991 г. было 1:9, к 1995 составило 1:6, а в настоящее время находится на уровне 1:5 [1]. Результаты многочисленных исследований доказывают связь между средними показателями употребления алкоголя на душу населения и

смертностью в популяции [27]. До 17% женской смертности, так или иначе, связано с употреблением алкоголя.

Анализ отечественной и зарубежной литературы по тематике исторического и клинко-эпидемиологического анализа женского алкоголизма показывает, что его формирование было тесно связано с социализацией женщины в общественно-экономической формации, в частности, с периодами: а) матриархата; б) феминистского движения; в) последующей эмансипации, направленной на реализацию личностных притязаний и социального статуса женщин. При формировании женского алкоголизма наиболее значимую роль играют биологические и психогенно-стрессовые (так называемые «пусковые») факторы [9, 25].

Основополагающим биологическим фактором является наследственность. По данным Московского НИИ наркологии, наследственная отягощенность алкоголизмом у женщин доходит до 90%, причем при алкоголизме у матери у женщин она достигает 22% [3]. Зарубежные исследования также подтверждают эти данные [18]. Большинство исследователей связывают это с врожденной пониженной реакцией на этанол у дочерей алкоголиков [25, 30]. Имеются

данные, что такое осложнение хронического алкоголизма как алкогольная кардиомиопатия у женщин развивается быстрее, чем у мужчин. Некоторые исследователи полагают [17], что различное содержание воды в мужском и женском организме (у женщин меньше на 10%) является единственным биологическим паттерном, определяющим неодинаковую концентрацию этанола в крови женщин и мужчин. Согласно данным представлениям, содержание этанола в крови женщин всегда будет выше, чем у мужчин при одинаково выпитой дозе. По данным других исследователей одной из причин различных концентраций этанола у мужчин и женщин является неодинаковый его метаболизм из-за взаимодействия фермента алкогольдегидрогеназы с женскими половыми гормонами, а также сниженная концентрация алкогольдегидрогеназы в желудке наряду с ускоренным метаболизмом этанола в печени [32].

Важное значение имеют и социально-психологические факторы в развитии женского алкоголизма. Очевидно, что изменение положения женщины в обществе в XX веке (а именно, эмансипация), привело к росту алкоголизации и развитию хронического алкоголизма. Во многом это связано и со стигматизацией, которая имеет место в наркологической практике и в повседневной жизни. Как показали исследования, стигматизации при алкоголизме подвержены женщины [34], особенно одинокие. По данным отечественных исследователей, последствия стигматизации проявляются у женщин в позднем обращении к специалистам, скрытом латентном течении заболевания, одиночных формах употребления алкоголя, использовании нестандартных каналов помощи и самопомощи [13]. Кроме того, стигматизация проявляется сокрытием алкогольной симптоматики, преуменьшении её глубины, что воспринимается окружающими как особый вариант лживости «женщин алкоголиков». Ряд исследователей связывает особую «психотравматичность» женского алкоголизма с защитными механизмами на стигматизацию: женщины-алкоголики «позитивизируют» свою зависимость перенесением акцента на внешнеситуационные факторы [12, 13].

От 80% до 93-94% девочек – старшеклассниц употребляют алкогольные напитки, причем в крупных городах России большее количество девочек по сравнению с их ровесниками маль-

чиками, которые употребляют спиртное. По всем обследованным территориям учащиеся системы среднего специального образования потребляют алкогольные напитки более интенсивно, чем школьники. Анализ возрастной динамики потребления показал, что количество подростков, не потребляющих алкогольные напитки, с возрастом постепенно уменьшается. Это особенно заметно у девочек. У них изначально количество непьющих меньше, чем у мальчиков, и к 18-ти годам непьющих нет вовсе. Однако наполнение группы потребляющих идёт за счет группы эпизодического потребления [1, 2, 3].

Женщин, страдающих алкогольной зависимостью, среднего и пожилого возраста условно можно разделить на 2 группы: одни начали пить ещё в молодости, другие – в старости; во втором случае, как правило, к алкоголю прибегают в связи с реакцией на социальный или какой-либо иной стресс. Для женщин зрелого и пожилого возраста характерно развитие «вдовьего» алкоголизма, что обусловлено спецификой социально-демографической ситуации в нашей стране. В инволюционном возрасте часто имеются признаки атеросклероза мозговых сосудов, что ускоряет переход алкоголизации в зависимость. Имеются указания, что именно в позднем возрасте у женщин результаты терапии алкоголизма лучше, чем у мужчин [29].

Исследование «Потребление алкоголя и алкогольные проблемы среди женщин в странах Европы», выявило существенные этно - культуральные различия между странами [16]. Так, например, в Германии наибольший риск алкоголизма у одиноких работающих женщин, как имеющих детей, так и бездетных, то есть ведущим является фактор одиночества. В Швейцарии наибольшему риску подвержены женщины исполняющие «нетрадиционные» для этой страны роли: замужняя женщина без детей либо одинокая женщина с детьми. В наиболее эмансипированной Финляндии наибольший риск алкоголизма у молодых социально неактивных женщин. Исследования, проводившиеся в США, выявили, что уровень алкоголизации студенток колледжей существенно выше, чему их сверстниц, колледж не посещавших [31, 35].

В многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях показано, что серьезным фактором риска развития алкоголизма у женщин любого возраста является влияние супружеского

партнера, злоупотребляющего алкоголем [5, 6, 9]. У многих женщин, страдающих алкоголизмом, до 70% мужей также злоупотребляют алкоголем. Описан «феномен спаивания» мужьями своих жен, в основе которого лежит феномен ролевого выравнивания, придания однородности семейной системе [12]. Алкогольная экспансия мужа в отношении жены объясняется желанием мужа достичь духовного и сексуального единства в семье. В данном случае алкоголь является средством внутрисемейной адаптации. Как показали зарубежные исследования, увеличение употребления женщинами алкоголя после брака было напрямую связано с количеством алкоголя, которое потребляли до брака их мужья. В то же время паттерны употребления алкоголя у супругов после брака были сходными, что свидетельствует об одностороннем негативном влиянии мужей на жен в плане алкоголизации [24]. Внутри семьи супруги-алкоголики стимулируют к приему больших доз друг друга. Алкоголизация супругов в браке в значительной степени напрямую зависит и от уровня алкоголизации их микросоциального окружения [20]. В работе шведских исследователей также подчеркивается существенный риск развития алкогольной зависимости у женщин, проживающих с партнерами-алкоголиками [14]. Считается, что алкоголизм у женщин развивается, в среднем, на 5 лет позднее, чем у мужчин [3, 10, 11, 29], хотя в последних работах имеются указания на стирание возрастных различий [33]. Вместе с тем, женский алкоголизм протекает наиболее злокачественно [10]. Имеются данные, что эффект 14-недельной психофармакотерапии сертралином у женщин хуже, чем у мужчин [26]. Отечественные исследователи считают, что злокачественность женского алкоголизма определяется преобладанием факторов либо негативного, либо позитивного прогноза [10]. К факторам негативного прогноза авторы относят: сочетанный алкоголизм матери и отца, возраст начала злоупотребления алкоголем до 25 лет, преобладание неустойчивых и эпилептоидных черт характера. К факторам по-

зитивного прогноза относятся, отсутствие семейного алкоголизма, возраст начала злоупотребления после 25 лет, преобладание стенических черт характера. Зарубежные авторы описывают основные факторы, способствующие развитию тяжелого алкоголизма у женщин в США:

- 1) молодой возраст;
- 2) отсутствие социальных ролей или неадекватный социальный статус;
- 3) принадлежность к этническим меньшинствам;
- 4) сожительство с пьющим мужем/партнером;
- 5) депрессия;
- 6) сексуальная дисфункция;
- 7) насилие в детстве [36].

Гендерные различия обнаружены и в причинах рецидивов алкоголизации. Так, канадские ученые обнаружили тенденцию, что у женщин причиной рецидива чаще всего бывают ситуации, связанные с негативным аффектом (отрицательные эмоции, конфликт с близкими), в то время как у мужчин рецидив чаще связан с пьющим окружением [34, 37]. Эти данные перекликаются с результатами, полученными американскими исследователями, которые обнаружили, что рецидив у женщин чаще, чем у мужчин связан с отрицательными эмоциями.

Можно констатировать, что исследование клинических особенностей женского алкоголизма указывает на высокую наследственную предрасположенность к заболеванию. Общей тенденцией является стирание половых различий, по сравнению с юношами-алкоголиками, как в плане предпочтения легких алкогольных напитков, а также анозогнозии к имеющейся проблеме [4]. Оказывается доказанным факт о большой роли микроокружения, в особенности брачного партнера, страдающего алкоголизмом, в развитии алкогольной зависимости у женщин. Очевидно, что на современном этапе следует уделять особое внимание профилактике потребления слабоалкогольных напитков, включая пиво, в подростковой среде [19].

## Литература:

1. Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л. Типология алкоголизма у женщин: прогрессивность, течение, прогноз. Пособие для врачей. – М., 2004. – 27 с.

## References:

1. Al'tshuler V.B., Kravchenko S.L. Tipologija alkoholizma u zhenshhin: progredientnost', techenie, prognoz. Posobie dlja vrachej. – M., 2004. – 27 s. (In Russ)

2. Байкова М.А., Сомкина О.Ю., Лукашук А.В., Меленцева Т.А. Алкогольная зависимость как вариант личной аутоагрессии (обзор литературных данных) // Научный форум. Сибирь. – 2016. – Том 2, № 1. – С. 46-50.
3. Васильев В.В. Суицидальное поведение женщин (обзор литературы) // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 18-28.
4. Владимиров А.А., Бенько Л.А., Гришанова Т.Б. Внутренняя картина болезни как инструмент психодиагностики при алкоголизме // Академический журнал Западной Сибири. – 2015. – Том 11, № 4. – С. 80-82.
5. Егоров А.Ю. Рано начинающийся алкоголизм: современное состояние проблемы // Вопросы наркологии. – 2002. – № 5. – С. 50-54.
6. Егоров А.Ю. Ранний алкоголизм у девушек: современные особенности // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2002. – № 2. – С. 78-80.
7. Жариков Н.М., Иванова А.Е. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – Том 97, вып. 6. – С. 9-15.
8. Зотов П.Б., Уманский М.С. Потребление алкоголя в России // Медицинская наука и образование Урала. – 2006. – № 3. – С. 28-30.
9. Кесельман Л.Е., Мацкевич М.Г. Социальное пространство наркотизма. – СПб.: Изд-во «Медпресса», 2001. – 164 с.
10. Кравченко С.Л. Структурно-временные характеристики формирования алкоголизма у женщин // Вопросы наркологии. – 2002. – № 1. – С. 41-47.
11. Меринов А.В., Шустов Д.И. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом // Наркология. – 2010. – № 9. – С. 59-63.
12. Меринов А.В., Шустов Д.И., Васяткина Н.Н. Эпискрипт как вариант внутрисемейной динамики аутоагрессивных паттернов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 28-39.
13. Меринов А.В. Парасуицидальное поведение женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью (на примере Рязанской области) // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 15-20.
14. Меринов А.В. Суицидологические характеристики молодых людей, воспитанных в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 22-28.
15. Меринов А.В. Типология семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью с позиции наркологической и суицидологической практик // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 14-18.
2. Bačkova M.A., Somkina O.Y., Lukashuk A.V., Melentseva T.A. Alcohol dependence as a personal variant of autoaggression (review of literature) // Scientific forum. Siberia. – 2016. – Vol. 2, № 1. – P. 46-50. (In Russ)
3. Vasiliev V.V. Suicidal behavior of women // Suicidology. – 2012. – № 1. – P. 18-28. (In Russ)
4. Vladimirova A.A., Benko L. A., Grishanova T. B. Inner picture of the disease as a tool of psychodiagnostics in alcoholism // Academic Journal of West Siberia. – 2015. – Vol. 11, № 4. – P. 80-82. (In Russ)
5. Egorov A.Ju. Rano nachinajushhijisja alkogolizm: sovremennoe sostojanie problemy // Voprosy narkologii. – 2002. – № 5. – S. 50-54. (In Russ)
6. Egorov A.Ju. Rannij alkogolizm u devushek: sovremennye osobennosti // Voprosy psihicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov. – 2002. – № 2. – S. 78-80. (In Russ)
7. Zharikov N.M., Ivanova A.E. Samoubijstva v Rossijskoj Federacii kak sociopsihiatricheskaja problema // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. – 1997. – Tom 97, vyp. 6. – S. 9-15. (In Russ)
8. Zotov P.B., Umansky M.S. Alcohol consumption in Russia // Medical science and education in the Urals. – 2006. – № 3. – P. 28-30. (In Russ)
9. Kesel'man L.E., Mackevich M.G. Social'noe prostranstvo narkotizma. – SPb.: Izd-vo «Medpressa», 2001. – 164 s. (In Russ)
10. Kravchenko S.L. Strukturno-vremennye harakteristiki formirovanija alkogolizma u zhenshin // Voprosy narkologii. – 2002. – № 1. – S. 41-47. (In Russ)
11. Merinov A.V., Shustov D.I. Autoagressija v sem'jah bol'nyh alkogolizmom // Narkologija. – 2010. – № 9. – S. 59-63. (In Russ)
12. Merinov A.V., Shustov D.I., Vasjatkina N.N. Episcrypt as a variant of intrafamilial dynamics of autoaggressive patterns in families of men suffering from alcohol dependence // Suicidology. – 2012. – № 1. – P. 28-39. (In Russ)
13. Merinov A.V. Parasuicide behavioral of wives of men suffering from alcohol dependence (for example the Ryzan region) // Suicidology. – 2012. – № 3. – P. 15-20. (In Russ)
14. Merinov A.V. Suicidal characteristics of adultchildren which growing up in families with alcohol addiction of parent // Suicidology. – 2012. – № 4. – P. 22-28. (In Russ)
15. Merinov A.V. Typology of families of men with alcohol dependence with drug position and suicidal practices // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 1. – P. 14-18. (In Russ)

16. Меринов А.В. Суицидологическая, наркологическая и экспериментально-психологическая характеристики супругов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, в зависимости от динамики брачных отношений // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 2. – С. 25-35.
17. Меринов А.В., Сомкина О.Ю., Сафронова А.В., Коршунова Д.Р. Роль феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 10-11.
18. Немцов А.В. Симонова О.Н. Потребление алкоголя и продолжительность жизни в России // Материалы 12 Съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 787-788.
19. Новикова Г.А., Новикова Л.А. Некоторые аспекты психического здоровья студентов при пивной алкоголизации // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Том 10, № 6. – С. 78-79.
20. Нужный В.П., Пометов Ю.Д., Ковалева А.В. Сравнительное исследование психо-физиологических эффектов водки, пива и слабоалкогольного газированного напитка // Вопросы наркологии. – 2003. – № 2. – С. 22-35.
21. Родяшин Е.В., Зотов П.Б., Габсалимов И.Н., Уманский М.С. Алкоголь среди факторов смертности от внешних причин // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 21-23.
22. Спадерова Н.Н. Агрессивное поведение пациентов, злоупотребляющих алкоголем (некоторые клинические и судебно-психиатрические аспекты) // Академический журнал Западной Сибири. – 2015. – Том 11, № 2. – С. 134-135.
23. Уманский М.С., Уманский С.М., Зотов П.Б. Клинические характеристики суицидального поведения при алкоголизме позднего возраста у мужчин // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 45-46.
24. Шайдукова Л.К., Овсянников М.В. Феномен стигматизации в наркологической практике // Казанский медицинский журнал. – 2005. – № 1. – С. 55-58.
25. Bendtsen P., Dahlström L.M., Bjurulf P. Sociodemographic gender differences in patients attending a community-based alcohol treatment centre // Addictive Behaviors. – 2002. – Vol. 27. – P. 21-33.
26. Bloomfield K. Alcohol consumption and alcohol problems among women in European countries // Substance Abuse. – 2000. – Vol. 21, № 4. – P. 223-229.
27. De Lima M.S., Dunn J., Novo I.P., Tomasi E., Reisser A.A. Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population // Subst. Use Misuse. – 2003. – Jan. – Vol. 38, № 1. – P. 51-65.
28. Frye M.A., Altshuler L.L., McElroy S.L. Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder // Am. J. Psychiatry. – 2003. – May. – Vol. 160, № 5. – P. 883-889.
16. Merinov A.V. Suicidalogical, drug treatment and experimental-but-psychological characteristics of the spouses in families of men with alcohol dependence, depending on the dynamics of marital relationships // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 2. – P. 25-35. (In Russ)
17. Merinov A.V., Somkina O.Ju., Safronova A.V., Korshunova D. The role of the phenomenon of auto-aggression in families of patients with alcohol dependence // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 3. – P. 10-11. (In Russ)
18. Nemcov A.V. Simonova O.N. Potreblenie alkogolja i prodolzhitel'nost' zhizni v Rossii // Materialy 12 S'ezda psihiatrov Rossii. – M., 1995. – S. 787-788. (In Russ)
19. Novikova G.A., Novikova L.A. Some aspects of the mental health of students during beer alcoholization // Academic Journal of West Siberia. – 2014. – Vol. 10, № 6. – P. 78-79. (In Russ)
20. Nuzhnyj V.P., Pometov Ju.D., Kovaleva A.V. Sravnitel'noe issledovanie psiho-fiziologicheskikh jeffektov vodki, piva i slaboalkogol'nogo gazirovannogo napitka // Voprosy narkologii. – 2003. – № 2. – S. 22-35. (In Russ)
21. Rodjashin E.V., Zotov P.B., Gabsaljamov I.N., Umansky M.S. Alcohol is among the factors of mortality from external causes // Suicidology. – 2010. – № 1. – P. 21-23. (In Russ)
22. Spaderova N.N. Aggressive behavior of patients who abuse alcohol (some clinical and forensic aspects) // Academic Journal of West Siberia. – 2015. – Vol. 11, № 2. – P. 134-135. (In Russ)
23. Umansky M.S., Umansky S.M., Zotov P.B. Clinical characteristics of suicidal behavior in alcoholism later age in men // Suicidology. – 2010. – № 1. – P. 45-46. (In Russ)
24. Shajdukova L.K., Ovsjannikov M.V. Fenomen stigmatizacii v narkologicheskoj praktike // Kazanskij medicinskij zhurnal. – 2005. – № 1. – S. 55-58. (In Russ)
25. Bendtsen P., Dahlström L.M., Bjurulf P. Sociodemographic gender differences in patients attending a community-based alcohol treatment centre // Addictive Behaviors. – 2002. – Vol. 27. – P. 21-33.
26. Bloomfield K. Alcohol consumption and alcohol problems among women in European countries // Substance Abuse. – 2000. – Vol. 21, № 4. – P. 223-229.
27. De Lima M.S., Dunn J., Novo I.P., Tomasi E., Reisser A.A. Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population // Subst. Use Misuse. – 2003. – Jan. – Vol. 38, № 1. – P. 51-65.
28. Frye M.A., Altshuler L.L., McElroy S.L. Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder // Am. J. Psychiatry. – 2003. – May. – Vol. 160, № 5. – P. 883-889.



29. Gmel G., Bloomfield K., Ahlstro S., Choquet M., Lecomte T. Women's roles and women's drinking: A comparative study in four European countries // Substance Abuse. – 2000. – Vol. 21, № 4. – P. 249-264.
30. Kelley M.L., Cash T.F., Grant A.R. Parental alcoholism: Relationships to adult attachment in college women and men // Addictive Behaviors. – 2004. – Nov. – Vol. 29, № 8. – P. 1633-1636.
31. King A.C., Bernardy N.C., Haune K. Stressful events, personality, and mood disturbance: Gender differences in alcoholics and problem drinkers // Addictive Behaviors. – 2003. – Jan-Feb. – Vol. 28, № 1. – P. 171-187.
32. Knibbe R.A., Bloomfield K. Alcohol consumption estimates in surveys in Europe: Comparability and sensitivity for gender differences // Substance Abuse. – 2001. – Vol. 22, № 1. – P. 23-38.
33. Ostlund A., Spak F., Sundh V. Personality traits in relation to alcohol dependence and abuse and psychiatric comorbidity among women: a population-based study // Subst. Use Misuse. – 2004. – Jul. – Vol. 39, № 9. – P. 1301-1318.
34. Satre D.D., Mertens J.R., Weisner C. Gender differences in treatment outcomes for alcohol dependence among older adults // J. Stud. Alcohol. – 2004. – Sep. – Vol. 65, № 5. – P. 638-642.
35. Slutske W.S., Hunt-Carter E.E., Nabors-Oberg R.E. Do college students drink more than their non-college-attending peers? Evidence from a population-based longitudinal female twin study // J. Abnorm. Psychol. – 2004. – Nov. – Vol. 113, № 4. – P. 530-540.
36. Wallace Jr.J.M., Bachman J.G. Gender and ethnic differences in smoking, drinking and illicit drug use among American 8th, 10th and 12th grade students, 1976–2000 // Addiction. – 2003. – Vol. 98. – P. 225–234.
37. Weijers H.G., Wiesbeck G.A., Wodarz N. Gender and personality in alcoholism // Arch. Women Ment. Health. – 2003. – Nov. – Vol. 6, № 4. – P. 245-252.
29. Gmel G., Bloomfield K., Ahlstro S., Choquet M., Lecomte T. Women's roles and women's drinking: A comparative study in four European countries // Substance Abuse. – 2000. – Vol. 21, № 4. – P. 249-264.
30. Kelley M.L., Cash T.F., Grant A.R. Parental alcoholism: Relationships to adult attachment in college women and men // Addictive Behaviors. – 2004. – Nov. – Vol. 29, № 8. – P. 1633-1636.
31. King A.C., Bernardy N.C., Haune K. Stressful events, personality, and mood disturbance: Gender differences in alcoholics and problem drinkers // Addictive Behaviors. – 2003. – Jan-Feb. – Vol. 28, № 1. – P. 171-187.
32. Knibbe R.A., Bloomfield K. Alcohol consumption estimates in surveys in Europe: Comparability and sensitivity for gender differences // Substance Abuse. – 2001. – Vol. 22, № 1. – P. 23-38.
33. Ostlund A., Spak F., Sundh V. Personality traits in relation to alcohol dependence and abuse and psychiatric comorbidity among women: a population-based study // Subst. Use Misuse. – 2004. – Jul. – Vol. 39, № 9. – P. 1301-1318.
34. Satre D.D., Mertens J.R., Weisner C. Gender differences in treatment outcomes for alcohol dependence among older adults // J. Stud. Alcohol. – 2004. – Sep. – Vol. 65, № 5. – P. 638-642.
35. Slutske W.S., Hunt-Carter E.E., Nabors-Oberg R.E. Do college students drink more than their non-college-attending peers? Evidence from a population-based longitudinal female twin study // J. Abnorm. Psychol. – 2004. – Nov. – Vol. 113, № 4. – P. 530-540.
36. Wallace Jr.J.M., Bachman J.G. Gender and ethnic differences in smoking, drinking and illicit drug use among American 8th, 10th and 12th grade students, 1976–2000 // Addiction. – 2003. – Vol. 98. – P. 225–234.
37. Weijers H.G., Wiesbeck G.A., Wodarz N. Gender and personality in alcoholism // Arch. Women Ment. Health. – 2003. – Nov. – Vol. 6, № 4. – P. 245-252.

Summary:

## CLINICAL AND THERAPEUTIC CHARACTERISTICS OF ALCOHOL DEPENDENCE IN WOMEN

*M.Y. Nechin*

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

The work is a survey of the literature data on the actual problem of female alcoholism. The article gives a detailed analysis of the causes and the stages of formation of alcohol dependence in women. Special attention is given to the development of alcohol dependence among women in marital relations with male alcoholics. Details are described variants of alcoholism in women, depending on age, social status and marital status. In light of the observed data, the possible variants of the forecast in terms of rehabilitation and treatment approaches to alcohol dependence in women.

*Key words:* alcohol dependence in women, medical and social consequences.

## СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТКИ, СТРАДАЮЩЕЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Ю.И. Доян, О.А. Кичерова, Л.И. Рейхерт, Т.В. Постникова, А.В. Кравченко, Е.И. Кустова

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

### Контактная информация:

Доян Юлия Ивановна – врач-невролог. Место работы и должность: ассистент кафедры нервных болезней ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 46.

Кичерова Оксана Альбертовна – доктор медицинских наук, доцент. Место работы и должность: заведующая кафедрой нервных болезней ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 46. Электронный адрес: ran1912@mail.ru

Рейхерт Людмила Ивановна – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры нервных болезней ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 46. Электронный адрес: lir0805@gmail.com

Постникова Татьяна Викторовна – врач-невролог ГБУЗ ТО "Областная клиническая больница №2". Адрес: 625039, г. Тюмень, ул. Мельникайте, д. 75.

Кравченко Анастасия Васильевна – врач-невролог ГБУЗ ТО "Областная клиническая больница №2". Адрес: 625039, г. Тюмень, ул. Мельникайте, д. 75.

Кустова Е.И. – врач анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ ТО "Областная клиническая больница №2". Адрес: 625039, г. Тюмень, ул. Мельникайте, д. 75.

Инсульты у молодых – важнейшая проблема современной неврологии. Одной из причин их возникновения являются системные заболевания с поражением сосудистой стенки и нарушением мозгового кровообращения. Учёт имеющихся факторов риска и правильный выбор базовой терапии является залогом успешного ведения данной категории больных, и обеспечивает профилактику первичных и повторных сосудистых событий. В представленном клиническом примере демонстрируется необходимость мультидисциплинарного подхода у пациентов с развившимися осложнениями системных заболеваний.

*Ключевые слова:* инсульт, геморрагический инсульт, женщины, системная красная волчанка.

Цереброваскулярные заболевания – важнейшая проблема современной медицины. Известно, что основными факторами риска их развития являются артериальная гипертензия и атеросклероз сосудов головного мозга [4, 9, 10, 11, 12, 13]. Менее изученными, но от этого не менее значимыми являются различные формы васкулопатий и васкулитов (преимущественно артериопатий и артериитов), имеющих инфекционную и неинфекционную природу. Из неинфекционных заболеваний, которые могут вызывать сосудистую патологию, стоит выделить системную красную волчанку (СКВ), узелковый полиартериит, височный артериит, ревматоидный артрит, неспецифический аortoартериит, болезнь Бехчета, гранулематоз Вегенера, синдром Шегрена, саркоидоз [13]. В последнее время в связи с увеличением частоты этих заболеваний (в основном аутоиммунных по своему патогене-

зу) растёт распространённость инсультов у лиц молодого трудоспособного возраста (чаще женщин). При этом одной из наиболее ярких и часто встречающихся нозологических форм, при которых ЦВЗ развиваются преимущественно на фоне артериальной васкулопатии и в гораздо меньшей степени в результате васкулита, является системная красная волчанка.

СКВ – аутоиммунное системное заболевание соединительной ткани и сосудов, характеризующееся образованием множества антител к собственным клеткам и их компонентам и развитием иммунокомплексного воспаления с повреждением многих органов и систем [2, 5, 6, 8, 14, 15]. Этиология СКВ неизвестна, хотя предполагается роль хронической вирусной инфекции, в частности РНК-содержащих и медленных ретровирусов, а также генетическая предрасположенность к заболеванию [2, 5]. По патогенезу

СКВ относится к аутоиммунным болезням. В условиях дефицита Т-супрессорной функции лимфоцитов отмечается продукция большого количества аутоантител: антинуклеарных, к ДНК, микросомам, лизосомам, форменным элементам крови и др. [2]. Наибольшее патогенетическое значение имеют антитела к нативной ДНК, которые соединяются с нДНК, образуют иммунные комплексы (ИК) и активируют комплемент. ИК осаждаются на базальных мембранах различных внутренних органов и кожи, вызывая их воспаление и повреждение. Провоцирующими факторами могут быть переносимость ряда лекарственных средств, вакцин, сывороток, фотосенсибилизация, беременность, роды, аборт. Заболевание чаще развивается у молодых женщин в возрасте 14-40 лет [5, 6, 8].

В клинической картине отмечается полисистемный характер поражения [2, 5, 7, 15]:

- кожи и слизистых оболочек (эритематозные пятна, люпус-хейлит, капилляриты, энантема слизистой полости рта, различные трофические нарушения);

- костно-суставной системы (артралгии, симметричный полиартрит с вовлечением межфаланговых суставов кистей, пястно - фаланговых, запястно-пястных, коленных суставов, утренняя скованность пораженных суставов, развитие сгибательных контрактур пальцев кисти вследствие тендинитов и тендовагинитов, возможно развитие асептических некрозов головки бедренной кости, плечевой и других костей);

- мышц (миалгии, выраженная мышечная слабость, полимиозит);

- легких (сухой или выпотной плеврит, волчаночный пневмонит, синдром легочной гипертензии, тромбоэмболия легочной артерии);

- сердечно-сосудистой системы (перикардит, диффузный миокардит, эндокардит с поражением клапанного аппарата сердца, поражение сосудов вплоть до развития инфаркта миокарда, тромбозов);

- желудочно-кишечного тракта и печени (эрозивные изменения слизистой оболочки, поражения сосудов брыжейки, волчаночный гепатит);

- почек (люпус-нефрит);

- нервной системы (васкулиты, тромбозы, инфаркты и геморрагии в различных отделах

головного мозга), в патогенезе которого большая роль отводится антинейрональным антителам, которые поражают мембраны нейронов.

Клинически поражение нервной системы может проявляться головными болями, психическими расстройствами, судорожным синдромом, нарушением функции черепно-мозговых нервов, моно- и полинейропатиями, а также нарушениями мозгового кровообращения (вследствие тромбозов, геморрагий). Редко наблюдается миелит [1, 5, 7, 11].

Приводим собственное клиническое наблюдение СКВ с поражением центральной нервной системы.

Пациентка А., 18 лет, поступила в экстренном порядке в отделение анестезиологии и реанимации Регионального сосудистого центра, куда была переведена из первичного сосудистого отделения (ПСО).

При поступлении жалобы активно не предъявляла ввиду тяжести состояния. Из анамнеза известно, что заболела 3 года назад, когда впервые возникла гиперемия в виде «бабочки» на правой щеке, повысилась температуры тела до фебрильных цифр, возникли боли в суставах и мышечные боли. Также на протяжении трёх лет отмечались общая слабость, похудение, алопеция.

После обследования и лечения в условиях детского соматического отделения больной был выставлен диагноз СКВ. В качестве базисной терапии назначен преднизолон 60 мг в сутки, плаквенил. В дальнейшем по мере стабилизации состояния доза преднизолона была уменьшена до 15 мг в сутки. Последняя госпитализация в детское соматическое отделение (ДСО) осуществлялась 2 года назад, и к базисной терапии был добавлен азатиоприн 50 мг в сутки.

В течение последних месяцев у больной вновь повысилась температура тела до субфебрильных цифр, прогрессивно снижался вес, наблюдалось усугубление интенсивности гиперемии, выраженные артралгии, миалгии, выпадение волос, интенсивная общая слабость. При амбулаторном обследовании выявлены гематологические нарушения в виде панцитопении, гипергаммаглобулинемии. Учитывая диагностированную высокую степень активности СКВ, больная была госпитализирована в терапевтическое отделение, доза преднизолона увеличена до 20 мг в сутки.

В последующем ввиду активности СКВ, рецидива кожного, суставного синдромов, проведена пульс терапия преднизолоном (300 мг). На фоне

проводимого лечения, на 10-й день от момента поступления, у пациентки зафиксирован эписиндром в виде генерализованных судорожных приступов, повышение АД до 170/100 мм рт.ст. Больной были выполнены КТ головного мозга, КТ-ангиография головного мозга, на основании которых диагностирован геморрагический инсульт в левой гемисфере с прорывом в желудочковую систему. После проведения консилиума с участием ведущих специалистов, для дальнейшего лечения больная была переведена в отделение нейрореанимации регионального сосудистого центра (РСЦ). Данные объективного обследования при поступлении: Общее состояние тяжелое, больная в глубоком оглушении. Вербальный контакт ограничен ввиду афатических нарушений. Пытается выполнить простые инструкции. На вопросы не отвечает. Кожные покровы обычной окраски, отмечаются участки гиперкератоза на фоне сухости кожного покрова. Участки алопеции на волосистой части головы. Отеков нет. Температура тела – 36,9°C. Дыхание – искусственная вентиляция легких (ИВЛ) через эндотрахеальную трубку (ЭТТ). Аускультативно дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. Сатурация кислорода – 98%. Частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 95 в минуту. Артериальное давление 153/105 мм рт. ст. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Диурез по катетеру. Неврологический статус: менингеальная симптоматика положительная. Зрачки OD=OS, фотореакция сохранена. Страбизма нет. Не доводит глазные яблоки вправо. Нистагма нет. Лицевая асимметрия за счет сглаженности носогубной складки справа. Дисфагия. Питание посредством назогастрального зонда. Правосторонний выраженный гемипарез. Сухожильные и периостальные рефлексы S<D. Мышечный тонус S>D. Патологические стопные знаки справа. Оценить чувствительные, координаторные нарушения не удалось из-за нарушения сознания и афатических нарушений.

Лабораторно в общем анализе крови отмечались признаки общинфекционного синдрома, панцитопении. По результатам общего анализа мочи и мочи по Нечипоренко – признаки нефрита (лейкоцитурия, эритроцитурия, протеинурия). Иммунологические анализы: антитела классов (IgG, IgM, IgA) к В2-гликопротеину I – положительные, антикардиолипиновые антитела – отрицательные, антиядерные антитела-скрининг (ANA) – положительные, антитела к ds ДНК – положительные, что свидетельствует о высокой степени

активности системного процесса. По МРТ головного мозга, а также по МР-ангиографии признаки паренхиматозного кровоизлияния в теменной области слева. МР-признаки лейкоэнцефалопатии, вероятно, на фоне основного заболевания. При дополнительном внутривенном усилении участков патологического накопления контраста не определяется (рис. 1).



Рис. 1. МРТ головного мозга пациентки А. (геморрагический инсульт на фоне СКВ).

Учитывая данные анамнеза, клиническую картину заболевания, данные лабораторных и инструментальных исследований, данные нейровизуализации, выставлен диагноз: Системная красная вол-

чанка, хроническое течение, высокой степени активности. Миалгии. Артралгии. Лимфаденопатия. Алопеция. гематологические нарушения в виде панцитопении. Волчаночный дерматит («бабочка»). Волчаночный нефрит. Вероятно антифосфолипидный синдром. Симптоматическая артериальная гипертензия. Цереброваскулит. Лейкоэнцефалопатия. Внутримозговое кровоизлияние в левое полушарие головного мозга с прорывом крови в желудочки мозга. Центральный парез лицевого нерва справа. Дисфагия. Правосторонний выраженный гемипарез. ИВЛ через ЭТТ. Рефлюкс-эзофагит. Острые язвы желудка.

Проведено лечение: антикоагулянты (эниксум по 20 ЕД), циклофосфан (на курс 600 мг с учетом массы тела: 400 мг в/в кап. + 200 мг в/в кап.), метипред (250 мг в/в кап. в течение 3-х дней, затем преднизолон 40 мг с учетом массы тела: 20 мг в 7<sup>00</sup> час. утра, 20 мг в 9<sup>00</sup> утра), ингибиторы протоновой помпы внутривенно капельно, антибактериальная терапия (цефепин) коррекция электролитных нарушений, плазмотрансфузия, гемотрансфузия, базисная терапия геморрагического инсульта.

На фоне проводимой терапии было отмечено значительное улучшение самочувствия. Пациентка в сознании. Сохраняются элементы афатических нарушений. Доступна мануально – мимическому и частично вербальному контакту. Дыхание самостоятельное через трахеостомическую канюлю, при аускультации везикулярное, проводится во все отделы легких, тоны сердца ясные, ритмичные, гемодинамика со склонностью к гипертензии, АД 140/100 мм рт. ст., пульс 75 в минуту, живот мягкий, безболезненный, периферических отеков нет. В неврологическом статусе сохраняется выраженный правосторонний гемипарез, повышение мышечного тонуса

справа, патологические стопные знаки справа. Пациентка продолжает лечение, включающее в себя базисную иммуносупрессорную терапию, сосудистые препараты, нейрометаболические препараты, кардиометаболические препараты, гипотензивную терапию. Проводятся мероприятия по нейрореабилитации, занятия с логопедом и инструктором ЛФК.

Причины цереброваскулярных заболеваний при системной красной волчанке многообразны, сложны и недостаточно изучены. При этом характер патологии зависит от вида патологических изменений в сосудах. По данным разных авторов к ним относятся:

1. Васкулопатия, которая наблюдается у 65% больных с гиалинизацией сосудов, периваскулярным лимфоцитозом и эндотелиальной пролиферацией.

2. Тромбозы и васкулиты – до 15% случаев.

3. Инфаркты и геморрагии, преимущественно в поверхностных слоях коры головного мозга.

В представленном клиническом случае у пациентки на фоне СКВ развился вторичный антифосфолипидный синдром, также сопровождающийся формированием невоспалительной артериопатии, и являющийся дополнительным фактором риска развития ишемических нарушений мозгового кровообращения, вследствие развития тромбозов в сосудах головного мозга.

Исходя из вышесказанного, можно заключить, что к каждому клиническому случаю необходим мультидисциплинарный подход, что позволяет провести комплексное обследование, диагностику, назначить эффективную терапию, улучшить результат лечения и дальнейшей реабилитации пациентов [9, 12, 13].

## Литература:

1. Болезни нервной системы / Под ред. Акад. РАМН профессора Н.И. Яхно. – Москва: Медицина, 2010.
2. Заводовский Б.В. Системная красная волчанка. Этиопатогенез и лабораторная диагностика / Справочник заведующего КДЛ. – 2012. – № 10. – С. 9-24.
3. Китаев В.М., Китаев С.В. Лучевая диагностика заболеваний головного мозга. – Москва: МЕДпресс – информ, 2015.

## References:

1. Bolesni nervnoj sistemy / Pod red. Akad. RAMN professora N.I. Jahno. – Moskva: Medicina, 2010. (In Russ)
2. Zavodovskij B.V. Sistemnaja krasnaja volchanka. Jetiopatogenez i laboratornaja diagnostika / Spravochnik zavedujushhego KDL. – 2012. – № 10. – S. 9-24. (In Russ)
3. Kitaev V.M., Kitaev S.V. Luchevaja diagnostika zabolevanij golovnogo mozga. – Moskva: MEDpress – inform, 2015. (In Russ)

4. Кичерова О.А., Побеляцкий С.И., Орлова Е.Б., Кудряшов А.А., Дурова М.В. Меры по вторичной профилактике мозгового инсульта на основании анализа значимости факторов риска инсульта в г. Салехарде // Медицинская наука и образование Урала. – 2014. – Том 2, № 2. – С. 101-105.
5. Клюквина Н.Г. Системная красная волчанка: многообразии форм и вариантов течения // Современная ревматология. – 2011. – № 4. – С. 25-30.
6. Лалаева А.М., Пирятинская А.Б., Грибанова Т.В., Смирнова О.Н., Белова Е.А., Нечаева О.С. Системная красная волчанка (поражение кожи, суставов, почек, центральной нервной системы // Клиническая дерматология и венерология. – 2011. – № 6. – С. 23-26.
7. Неврология. Национальное руководство / Под ред. акад. РАН Е.И. Гусева, акад. РАН А.Н. Коновалова, проф. А.Б. Гехт. – Москва: ГЭОТАР-МЕДИА, 2016.
8. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Том 2. Диагностика ревматических и системных заболеваний соединительной ткани. – М.: Мед.лит., 2000. – 576 с.
9. Острые и хронические проблемы цереброваскулярной патологии / Рейхерт Л.И., Кичерова О.А., Прилепская О.А. Учебное пособие. – Тюмень, 2015. – 156 с.
10. Побеляцкий С.И., Рейхерт Л.И., Орлова Е.Б. Вторичная профилактика мозгового инсульта в г. Салехарде // Медицинская наука и образование Урала. – 2013. – Том 14, № 2 (74). – С. 103-105.
11. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. – Москва: МЕДпресс - информ, 2006.
12. Суслина З.А., Гулевская Т.С., Максимова М.Ю., Моргунов В.А. Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, лечение, профилактика. – Москва: МедПресс-информ, 2016. – 530 с.
13. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы: Рук-во для врачей. – М.: Медицина, 2001. – 744 с.
14. Joseph V., Anil R., Aristy S. Neuropsychiatric Systemic Lupus Erythematosus: A Diagnostic Conundrum // J. Clin. Med. Res. – 2016. – Oct. – Vol. 8, № 10. – P. 757-759.
15. Costallat B.L., Ferreira D.M., Costallat L.T., Appenzeller S. Myelopathy in systemic lupus erythematosus: clinical, laboratory, radiological and progression findings in a cohort of 1,193 patients // Rev. Bras. Reumatol. Engl. Ed. – 2016. – May-Jun. – Vol. 56, № 3. – P. 240-251
4. Kicherova O.A., Pobeljackij S.I., Orlova E.B., Kudrjashov A.A., Durova M.V. Mery po vtorichnoj profilaktike mozgovogo insul'ta na osnovanii analiza znachimosti faktorov riska insul'ta v g. Saleharde // Medicinskaja nauka i obrazovanie Urala. – 2014. – Tom 2, № 2. – S. 101-105. (In Russ)
5. Kljukvina N.G. Sistemnaja krasnaja volchanka: mnogoobrazie form i vari-antov techenija // Sovremennaja revmatologija. – 2011. – № 4. – S. 25-30. (In Russ)
6. Lalaeva A.M., Pirjatinskaja A.B., Gribanova T.V., Smirnova O.N., Belova E.A., Nechaeva O.S. Sistemnaja krasnaja volchanka (porazhenie kozhi, susta-vov, poček, central'noj nervnoj sistemy // Klinicheskaja dermatologija i venerologija. – 2011. – № 6. – S. 23-26. (In Russ)
7. Nevrologija. Nacional'noe rukovodstvo / Pod red. akad. RAN E.I. Guseva, akad. RAN A.N. Konovalova, prof. A.B. Geht. – Moskva: GEOTAR-MEDIA, 2016. (In Russ)
8. Okorokov A.N. Diagnostika boleznej vnutrennih organov: Tom 2. Diagno-stika revmaticeskikh i sistemnyh zabolevanij soedinitel'noj tkani. – M.: Med.lit., 2000. – 576 s. (In Russ)
9. Ostrye i hronicheskie problemy cerebrovaskuljarnoj patologii / Rejhert L.I., Kicherova O.A., Prilepskaja O.A. Uchebnoe posobie. – Tjumen', 2015. – 156 s. (In Russ)
10. Pobeljackij S.I., Rejhert L.I., Orlova E.B. Vtorichnaja profilaktika mozgovogo insul'ta v g. Saleharde // Medicinskaja nauka i obrazovanie Urala. – 2013. – Tom 14, № 2 (74). – S. 103-105. (In Russ)
11. Suslina Z.A., Varakin Ju.Ja., Vereshhagin N.V. Sosudistye zabolevanija go-lovnogo mozga. – Moskva: MEDpress - inform, 2006. (In Russ)
12. Suslina Z.A., Gulevskaja T.S., Maksimova M.Ju., Morgunov V.A. Narushe-nija mozgovogo krovoobrashhenija: diagnostika, lechenie, profilaktika. – Moskva: MedPress-inform, 2016. – 530 s. (In Russ)
13. Jahno N.N., Shtul'man D.R. Bolezni nervnoj sistemy: Ruk-vo dlja vrachej. – M.: Medicina, 2001. – 744 s. (In Russ)
14. Joseph V., Anil R., Aristy S. Neuropsychiatric Systemic Lupus Erythematosus: A Diagnostic Conundrum // J. Clin. Med. Res. – 2016. – Oct. – Vol. 8, № 10. – P. 757-759.
15. Costallat B.L., Ferreira D.M., Costallat L.T., Appenzeller S. Myelopathy in systemic lupus erythematosus: clinical, laboratory, radiological and progression findings in a cohort of 1,193 patients // Rev. Bras. Reumatol. Engl. Ed. – 2016. – May-Jun. – Vol. 56, № 3. – P. 240-251

Summary:

## THE CASE OF HEMORRHAGIC STROKE IN PATIENTS SUFFERING FROM SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

*Y.I. Doan, O. A. Kicherova, L.I., Reykhert, T.V. Postnikov, A. V. Kravchenko, E. I. Kustov*

Tyumen state medical University, Tyumen, Russia

Stroke in young is the most important problem of modern neurology. One of the reasons for their occurrence is a systemic disease with lesions of the vascular wall and ischemic stroke. Considering the available risk factors and correct choice of the basic therapy is the key to successful management of these patients and ensures the prevention of primary and recurrent vascular events. In the presented clinical case demonstrates the need for multidisciplinary approach to patients with the complications of systemic diseases.

*Key words:* stroke, hemorrhagic stroke, women with systemic lupus erythematosus.

УДК: 616.89-008

## ОБРАЗ СУИЦИДЕНТА В ПРЕДСТАВЛЕНИИ ПЕДАГОГОВ-ПСИХОЛОГОВ

*П.Б. Зотов*

ГАУЗ ТО Многопрофильный клинический медицинский центр «Медицинский город», г. Тюмень, Россия  
ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: заведующий ОПП и РБ ГАУЗ ТО Многопрофильный клинический медицинский центр «Медицинский город». Адрес: Россия, 625041, г. Тюмень, ул. Барнаульская, д. 32; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, 19. Телефон: (3452) 270-552

На основе опроса 62 педагогов-психологов представлен усредненный образ суицидента – это девушка-подросток 15 лет со сложным характером, учащаяся, проживающая в родительской семье со средним или ниже среднего материальным достатком. Проявляет суицидальную активность преимущественно при разрыве любовных отношений и/или измене, разводе родителей, реже при конфликте со сверстниками или родителями путем нанесения самопорезов, попыткой отравления или падения с высоты. Для получения информации и поиска помощи обсуждает свою проблему в соцсетях.

Анализируя полученный образ, автор делает вывод о том, что, несмотря на профильность опрошенных специалистов, их представления в большинстве случаев искажены, подвержены влиянию средств массовой информации и мало соответствуют объективным медико-социальным данным. С целью повышения эффективности работы психологической службы по профилактике суици-

дальной активности в образовательных учреждениях предлагается включение в программы подготовки педагогов-психологов соответствующих профильных тем по суицидологии.

*Ключевые слова:* суицид, суицидальные попытки, подростки, психологи

Система суицидальной превенции представляет собой многоуровневый и разноплановый характер мероприятий, направленных на первичную профилактику, раннее выявление и коррекцию суицидального поведения, предупреждение повторных покушений и помощь близким суицидентов [8], а так же регистрацию и учет [2]. Сложность суицидокинетики и необходимость междисциплинарного подхода требует участия не только врачей-психиатров и психотерапевтов, традиционно курирующих эту проблему, но и привлечение других специалистов – психологов, педагогов, социологов, юристов и др. [8, 9].

Для синергичной работы межпрофессиональных групп важно как наличие у специалистов некой универсальной картины о проблеме в целом, так и более узкопрофильных знаний у каждого участника с учетом его профессиональных интересов [7]. Между тем, как показывает практика, относительно темы суицида, представления лиц, призванных заниматься этой проблемой, не всегда соответствуют научным и статистическим данным [7, 10, 11].

Цель исследования: анализ представлений педагогов-психологов о суицидентах (покушения).

Материал и методы: проведен анкетный опрос 62 педагогов-психологов средних образовательных учреждений. Все исследуемые – женщины, в возрасте от 29 до 54 лет (средний  $46,1 \pm 2,1$  лет).

Стаж работы педагогом – от 6 до 27 лет (средний –  $15,7 \pm 2,9$  лет), в том числе педагогом-психологом – от 2 до 19 лет (средний –  $11,4 \pm 3,2$  лет).

Инструментом исследования являлась специально разработанная анкета, заполняемая слушателями при первичном тестировании на цикле постдипломного образования по суицидальной превенции.

Результаты исследования.

Оценка полученных данных показала следующие результаты.

1. *Пол.* Подавляющее число опрошенных (96,8%) указали на преобладании среди суицидентов лиц женского пола над мужчинами. Причём, по их мнению, соотношение женщины / мужчины может составлять 2-3 к 1.

2. *Возраст.* Средний возраст совершения попыток, по мнению опрошенных, составляет  $15,2 \pm 1,2$  лет.

3. *Образование:* учащийся / студент – 98,4%.

4. *Семейное положение:* до брака (проживание в родительской семье) – 98,4%.

5. *Психическое состояние:* сложный характер – 74,2%; наличие психических нарушений: обязательно – 19,4%.

6. *Мотивы суицидальной активности:* разрыв любовных отношений – 96,8%; измена – 54,8%; развод родителей – 48,4%; финансовые проблемы – 46,8%; конфликт со сверстниками – 22,6%; конфликт с родителями – 11,3%; смерть близкого – 8,1%; другие – 8,1%.

7. Способы суицидальных действий: самопорезы – 37,1%, отравление – 32,2%; падение с высоты – 22,6%; другое – 8,1%

8. *Материальное положение:* ниже среднего – 37,1%; среднее – 38,7%; хорошее – 16,1%; очень хорошее – 8,1%.

9. *К кому обращаются за помощью:* соцсети – 98,4%; к сверстникам – 88,7%; родители / близкие – 1,6%.

10. *Откуда преимущественно получают информацию о суициде:* интернет – 98,4%; окружающие – 74,2%; телевидение / радио – 12,9%.

Обсуждение результатов.

Выделение ведущих элементов образа педагогов-психологов о лицах, совершающих суицидальную попытку, позволяет сделать вывод о том, что это обычно – девушка-подросток 15 лет со сложным характером, учащаяся, проживающая в родительской семье со средним или ниже среднего материальным достатком. Проявляет суицидальную активность преимущественно при разрыве любовных отношений и/или измене, разводе родителей, реже при конфликте со сверстниками или родителями путем нанесения самопорезов, попыткой отравления или падения с высоты. Для получения информации и поиска помощи обсуждает свою проблему в соцсетях.

Анализируя полученный образ, можно отметить, что он наиболее соответствует представлениям обывателей, и очень созвучен картине, представляемой средствами массовой информации [5, 6]. Реальная ситуация по данным суицидологического регистра [4], осуществляющего регистрацию и учет суицидальных действий в регионе исследования (г. Тюмень и Тюменская область) выглядит несколько иначе. Так, представленная педагогами-психологами как наиболее суицидоопасная возрастная категория 14-17 лет, реально составляет лишь 4,76% от всех лиц, совершивших суицидальную попытку. В действительности, лидирующее место занимает возрастная группа от 18 до 29 лет, на которую приходится 39,6% попыток, вторая по частоте – 30-39 лет – 29,5%. То есть на долю этих возрастных групп приходится 69,1% всех покушений на суицид [4]. Соответственно, большая часть этих лиц переходят в категорию студентов, молодых специалистов и др. социальных групп, что снижает влияние на суицидальную активность ро-



дательской семьи, и привносит действие других факторов.

Различается с представленными данными опроса и половой состав суицидентов. Например, среди лиц, совершивших суицидальную попытку в Тюменской области (регион исследования), количество женщин не в 2-3 раза, а лишь ненамного превышает число мужчин – соотношение – 1 к 0,82 [4].

Смещение педагогами-психологами половозрастных категорий потенциальных суицидентов преимущественно на подростковый возраст так же отразилось на их более отвлечённом от реально регистрируемых представлений других категорий. В частности, указание на значительно завышенные показатели частоты «сложного характера» (74,2%), под которым, как выяснилось при уточняющем опросе, большинство педагогов-психологов подразумевали наличие ярко выраженных истерических и неустойчивых черт. «Подростковый образ» предопределил и доминирование «любовных» мотивом суицидальной активности (96,8%), сместив актуальные мотивы конфликта на 5-6 места.

Далеки от реальных показателей и способы совершения суицидальных действий. В отличие от анкетных данных в реальной жизни преобладают самоотравления (57,8%), на втором месте самопорезы – 28,6%. Отмеченные педагогами с частотой 22,6% падения с высоты (наиболее ве-

роятно под влиянием СМИ), реально составляют лишь 2,3% [3].

Наиболее близкие к действительности данные опроса о влиянии интернета и соцсетей, минимальном обращении за помощью к родителям и близким (обычно в деструктивных семьях) и попытках поиска решения проблем в среде сверстников [1].

**Заключение.**

Снижение суицидальной активности населения, и школьников в частности, требует активного внедрения современных методов суицидальной превенции, важным условием которого является наличие и подготовка соответствующих профессиональных кадров. У значительной части педагогов-психологов, в задачи которых входит работа по профилактике, выявлению и коррекции суицидального поведения, отсутствуют необходимые профессиональные знания в области суицидологии. Как правило, эти представления искажены, не отражают объективные медико-социальные данные, и сформированы под влиянием средств массовой информации. С целью повышения эффективности работы психологической службы по профилактике суицидальной активности в образовательных учреждениях необходимо включение в программы подготовки педагогов-психологов соответствующих профильных тем по суицидологии.

#### Литература:

1. Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П. Распространение «суицидального контента» в киберпространстве русскоязычного интернета как проблема мультидисциплинарных исследований // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2. – С. 47-55.
2. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Уманский С.М., Кузнецов П.В. Проблемы и задачи суицидологического учета (организация регистра) // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 10-11.
3. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007-2012 гг. // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 54-61.
4. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные попытки в г. Тюмени // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 14, № 1. – С. 8-10.
5. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 20-29.

#### References:

1. Demdoumi N.Yu., Denisov Yu.P. Distribution of "The suicide content" in the cyberspace of the russian-speaking internet as the problem of multidisciplinary researches // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 2. – P. 47-55. (In Russ)
2. Zotov P.B., Rodyashin E.V., Umansky S.M., Kuznetsov P.V. Problems and challenges results-based (organization registry) // Tyumen Medical Journal. – 2011. – № 1. – P. 10-11. (In Russ)
3. Zotov P.B., Rodyashin E.V. Suicide in Tyumen and the south of the Tyumen region (Western Siberia): dynamics for 2007-2012 // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 1. – P. 54-61. (In Russ)
4. Zotov P.B., Rodyashin E.V. Suicide attempts in Tyumen // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 14, № 1. – P. 8-10. (In Russ)
5. Lyubov E. B. Mass media and copycat suicidal behavior: Part I. // Suicidology. – 2012. – № 3. – P. 20-29.

6. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть II. Предупреждение самоубийств: ресурсы профессионалов СМИ // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 10-22.
7. Любов Е.Б. Профилактика суицидов молодых: международный опыт и отечественные резервы (комментарий переводчика) // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 4. – С. 9-12.
8. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8-12.
9. Розанов В.А. Самоубийства среди детей и подростков – что происходит, и в чем причина? // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 4. – С. 16-32.
10. Сахаров А.В., Говорин Н.В., Тарасова О.А., Плюснина О.Б. Некоторые клинические и социально-психологические характеристики студентов, совершивших суицидальные попытки // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 51-56.
11. Солдаткин В.А., Дьяченко А.В., Меркурьева К.С. Исследование суицидологической и аддиктологической обстановки в студенческой среде г. Ростова-на-Дону // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 60-64.
6. Lyubov E.B. Mass Media and copycat suicidal behavior: Part II. Preventing suicide: a resource for media professionals // Suicidology. – 2012. – № 4. – P. 10-22. (In Russ)
7. Lyubov E.B. Youth suicide prevention: international experience and native reserves (translator's comments) // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 4. – P. 9-12.
8. Polozhy B., Panchenko E. The different prevention of suicidal behavior // Suicidology. – 2012. – № 1. – P. 8-12. (In Russ)
9. Rozanov V.A. Suicides in children and adolescents – what is happening and what may be the reason? // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 4. – P. 16-32. (In Russ)
10. Sakharov A.V., Govorin N.V., Tarasova O.A., Plyusnina O.B. Clinical and socio-psychological characteristics of students, committed a suicide attempts // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 1. – P. 51-56. (In Russ)
11. Soldatkin V.A., Dyachenko A.V., Merkureva K.S. The study of suicidological and addictological situation among students of Rostov-on-Don // Suicidology. – 2012. – № 4. – P. 60-64. (In Russ)

Summary:

## THE IMAGE OF SUICIDE IN THE VIEW OF EDUCATIONAL PSYCHOLOGISTS

*P.B. Zotov*

Tyumen medical center «Medical city», Russia  
Tyumen Psychiatric Hospital, Russia

Based on a survey of 62 teachers-psychologists averaged image of the suicide is a teenage girl of 15 years with a complex character, a student living in parent family with average or below average wealth. Exhibits suicidal activity is mainly in the breakup of a love relationship and/or infidelity, divorce, and sometimes in conflict with peers or parents by applying comparison, attempted poisoning or falling from height. For more information and search assistance discussing his problem in social networks.

Analyzing the way the author concludes that, despite the profile of the interviewed experts, their submission is in most cases distorted, influenced by media and few meet the objective of medico-social data. With the purpose of increase of efficiency of work of psychological service for the prevention of suicidal activity in educational institutions should be included in the training for educational psychologists relevant topics of suicide-studying.

*Key words:* suicide, suicide attempts, adolescents, psychologists

## УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция журнала принимает к публикации материалы, по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др. по различным темам теоретической и клинической медицины.

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

1. Статья предоставляется в электронной версии и в распечатанном виде (1 экз.). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.

2. «Тюменский медицинский журнал» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ). Поэтому электронная версия журнала обязательно размещается на сайте [elibrary.ru](http://elibrary.ru) В связи с этим передача автором статьи для публикации в журнале *подразумевает его согласие* на размещение статьи и контактной информации на данном и других сайтах.

3. На титульной странице указываются: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы (полное название учреждения) и должность авторов, номер контактного телефона и адрес электронной почты.

4. Перед названием статьи указывается УДК.

5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац». Не использовать для красной строки функции «Пробел» и Tab. Десятичные дроби следует писать через запятую. Объем статьи – до 18 страниц машинописного текста (для обзоров – до 30 страниц).

6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организация, резюме и ключевые слова (на русском и английском языках), введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы. Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).

7. К статье прилагается резюме объемом до 250 слов, ключевые слова. В реферате дается краткое описание работы. Он должен содержать

*только существенные факты работы*, в том числе основные цифровые показатели и краткие выводы.

Название статьи, ФИО авторов, название учреждения, резюме и ключевые слова должны быть представлены на русском и английском языках.

8. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, величин и терминов допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

9. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

10. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и четко обозначенные приводимые категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

11. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи.

Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы по мере их упоминания. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции. Допускается формирование списка литературы в алфавитном порядке: вначале отечественные, потом зарубежные авторы.

В списке литературы указываются:

а) для книг – фамилия и инициалы автора, полное название работы, город (где издана), название издательства, год издания, количество страниц;

б) для журнальных статей – фамилия и инициалы автора (-ов; не более трех авторов), название статьи, журнала, год, том, номер, страницы «от» и «до»;

в) для диссертации – фамилия и инициалы автора, полное название работы, докторская или кандидатская диссертация, место издания, год, количество страниц.

12. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

13. Издание осуществляет рецензирование всех поступающих в редакцию материалов, соответствующих её тематике, с целью их экспертной оценки. Статьи, поступившие в редакцию, направляются реценентам. После получения заключения Редакция направляет авторам представленных материалов копии рецензий или

мотивированный отказ. Текст рукописи не возвращается.

Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия её требованиям журнала.

14. Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.

Статьи в редакцию направляются письмом по адресу: 625041, г. Тюмень, а/я 4600, редакция журнала «Тюменский медицинский журнал» или по e-mail: [sibir@sibtel.ru](mailto:sibir@sibtel.ru) или [note72@yandex.ru](mailto:note72@yandex.ru)