

8. Хаспекова С. Г. и соавт. Вариации содержания гликопротеина IIb-IIIa (альфаIIb/бета3 интегрина) у здоровых доноров. Влияние на агрегационную активность тромбоцитов и эффективность действия аспирина // Биомедицинская химия: Научно-практический журнал. НИИ биомедицинской химии РАМН (Москва). – 2008. – Т. 54. № 3. – С. 361–371.

9. Bojesen S. E., Juul K., Schnohr P. et al. Platelet glycoprotein IIb/IIIa P1A2/ P1A2 homozygosity associated with risk of ischemic cardiovascular disease and myocardial infarction in young men // Journal of the American college of cardiology. – 2003. – V. 42. № 4. – P. 661–667.

10. Broughton Pipkin F. New approaches in terminology, prevention and therapy of hestosis: Book of abstracts, first international symposium. – Moscow, 1997. – P. 13–16.

11. Frey U. H., Aral N., Muller N., Siffert W. Cooperative effect of GNB3 825OT and GPIIIa PJ(A) polymorphisms in enhanced platelet aggregation // Thromb. res. – 2003. – № 109 (5–6). – P. 279–286.

12. Jauniaux E., Poston L., Burton G. J. Placental-related diseases of pregnancy: Involvement of oxidative stress and

implications in human evolution. – London: UK. Placenta, 2007. – Vol. 28. № 1. – P. 52–58.

13. Jeffrey S. Gilbert. Pathophysiology of hypertension during preeclampsia: Linking placental ischemia with endothelial dysfunction // Am. j. physiol. heart. circ. physiol. – 2008. – № 294. – P. 541–550.

14. Levine J. S., Branch D. W., Rauch J. The antiphospholipid syndrome // N. engl. j. med. – 2002. – № 346 (10). – P. 752–763.

15. Mutter W. P., Karumanchi S. A. Molecular mechanisms of preeclampsia // Microvasc. res. – 2008. – Vol. 75. № 1. – P. 1–8.

16. Patil S. B., Kodliwadmam M. V., Kodliwadmam S. M. Role of lipid peroxidation and enzymatic antioxidants in pregnancy-induced hypertension // Taiwan j. obstet. gynec. – 2006. – Vol. 45. № 3. Pt. 1. – P. 89–200.

17. Preston F. et al. Increased fetal loss in women with heritable thrombophilia // Lancet. – 1996. – № 348. – P. 913–916.

Поступила 05.11.2015

Ю. А. МЫЛЬНИКОВА, Е. О. БОЙКО, Л. Е. ЛОЖНИКОВА, О. Г. ЗАЙЦЕВА

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ПРЕДИКТОРОВ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО И ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. (861) 268-57-72. E-mail: m_julia@mail.ru

Клиническим методом обследовано 200 юношей призывного и допризывного возраста с аутоагрессивным поведением в анамнезе. Выявлен комплекс клинко-психопатологических и социальных факторов, оказывающих влияние на вероятность возникновения аутоагрессивного поведения.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, суицидальное поведение, лица призывного возраста, подростки, предикторы.

Y. A. MYLNIKOVA, E. O. BOYKO, L. E. LOZHNKOVA, O. G. ZAYTCEVA

COMPREHENSIVE ANALYSIS OF CLINICAL AND SOCIAL FACTORS INFLUENCING THE EMERGENCE AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN OF MILITARY AGE

Department of psychiatry Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin street, 4; tel. (861) 268-57-72. E-mail: m_julia@mail.ru

Clinical method were used to examine 200 young men of draft age having autoagresstive actions in the anamnesis. It was revealed a complex clinical-psychopathological and social factors that influence the likelihood of autoaggressive behavior.

Key words: autoaggressive behavior; autodestructive behavior; suicide behavior; recruit, teenagers, predictors.

Введение

Смерть в результате суицида является одной из основных причин в возрасте 10–24 лет [1, 5, 8, 9, 14]. Средняя частота завершенных подростковых суицидов в мире составляет 7,4 на 100 тыс. подростков (10,5 среди мальчиков и 4,1 среди девочек) [4, 6]. В России частота подростковых суицидов остается одной из самых высоких в мире: в 2010 г. она составила 19,8 на 100 тыс. молодых людей 15–19 лет [1, 2].

В Краснодарском крае показатель смертности по причине самоубийств в 2014 г. составил 18,0 на 100 тыс. населения. С 2004 г. по 2014 г. было зарегистрировано 1687 суицидальных попыток среди детей и подростков, из них 1439 незавершенных и 248 завершенных.

Проблема изучения подросткового аутоагрессивного поведения остается чрезвычайно актуальной, если учитывать, что зачастую суицидальные мысли, суицидальные намерения и демонстративное аутоагрессивное поведение не попадают в поле зрения врачей, педагогов и социальных работников.

Анализируя предикторы возникновения аутоагрессивного поведения, многие авторы отдают первое место наличию психического расстройства. По данным ряда зарубежных исследований, около 90% подростков, совершивших аутоагрессивные действия, имели психическое заболевание [12, 13]. Чаще всего встречаются депрессивные (49–64%), тревожные и личностные расстройства, а также злоупотребление психоактивными веществами – алкоголем и наркотиками [5]. Вероятность совершения аутоагрессивного акта увеличивается при сочетании психического расстройства со злоупотреблением спиртными напитками или употреблением психоактивных веществ [11].

Анализируя современные взгляды на факторы риска аутоагрессивного поведения у подростков, большинство исследователей указывают на связь между его возникновением и девиантным поведением [2, 9, 10]. Для таких подростков характерны раннее начало употребления алкоголя, курение, наличие патохарактерологических реакций, судимостей [7].

На подростка огромное влияние оказывает его ближайшее окружение. Проблемы, возникающие внутри семьи, неизбежно передаются и ребенку, являясь одним из факторов, способствующих развитию аутоагрессивного поведения. Аутоагрессивное поведение может закрепляться как способ временного или быстрого разрешения семейных и личных проблем, как своеобразный «крик о помощи». В условиях воспитания в конфликтных, неполных семьях, с алкоголизацией и асоциальным поведением родителей подросток не получает позитивного опыта решения стрессо-

вых ситуаций, у него образуются и закрепляются деструктивные механизмы поведения [3, 7, 10].

Недостаточный образовательный уровень и незанятость работой или учебой также являются предикторами формирования аутоагрессивного поведения [7].

Таким образом, аутоагрессивное поведение в подростковом возрасте обусловлено множеством генетических, биологических, психиатрических, психологических, социальных факторов. Целью исследования стало изучение комплексного влияния клинических и социально-психологических факторов на возникновение аутоагрессивных паттернов у юношей допризывного и призывного возраста.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 200 юношей в возрасте 16–27 лет ($19,4 \pm 0,4$) с аутоагрессивным поведением в анамнезе, направленных на стационарное обследование в ГБУЗ «СКПБ № 1» Минздрава России районными военкоматами Краснодарского края. Обследуемые были в возрастном диапазоне 16–27 лет ($19,4 \pm 0,4$). В возрасте до 18 лет – 20 человек (средний возраст 17 лет), и 180 человек в возрасте от 18 до 27 ($19,6 \pm 0,6$).

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

Исследование индивидуально-психологических особенностей проводилось с помощью экспериментально-психологических методик: характерологический опросник К. Леонгарда – Шмишека, личностный опросник Айзенка, личностная шкала проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т. А. Немчина).

Статистический анализ данных был реализован в среде пакета статистических программ «STATISTICA 10».

Результаты исследования и их обсуждение

Самоповреждающие действия исследуемого контингента совершались в возрасте 15–16 ($15,0 \pm 0,3$) лет. 159 человек из всех обследуемых (79,5%) совершили аутоагрессивное действие однократно и 41 человек (20,5%) – повторно.

В большинстве случаев (88,5%) способом аутоагрессивного поведения избирались самопорезы предплечий, остальные 11,5% совершили попытки повешения, отравления лекарственными препаратами и прижигания кожных покровов сигаретой.

В момент совершения самоповреждения в состоянии алкогольного опьянения находились 116 обследуемых (58,0%), 84 человека (42,0%) спиртные напитки не употребляли. Во всех случаях самоповреждения призывники попадали в поле

зрения врача-психиатра только в период прохождения призывной комиссии.

На основании проведенного скрининга факторов по критерию силы связи с ведущим диагнозом были выявлены факторы, для которых корреляция Спирмена и гамма имели статистически значимую корреляцию ($p < 0,05$) с переменной «ведущий диагноз». Для сравнения двух процентных долей использовалось угловое преобразование Фишера ($p < 0,01$). Таким образом, подростка с аутоагрессивным поведением характеризует комплекс из 15 признаков – клинических, социальных и личностных. Для более детальной оценки взаимосвязи этих факторов были построены таблицы сопряженности с переменной «ведущий диагноз».

Одним из факторов, достоверно оказывающих влияние на формирование аутоагрессивных паттернов, является наличие психического расстройства. Проведенное исследование выявило следующую феноменологическую картину: у большинства лиц призывного возраста – 71,0% (142 человека) с аутодеструктивными паттернами поведения диагностировано эмоционально неустойчивое расстройство личности, в 14,5% случаев (29 наблюдений) – органическое расстройство, в 5,0% случаев (10 наблюдений) была выявлена умственная отсталость легкой степени. В 3,0% психопатологическая симптоматика была представлена тревожно-фобическими расстройствами, неврастенией, астеническим, инфантильным и шизоидным расстройствами личности. На период стационарного психиатрического обследования 13 юношей (6,5% наблюдений) были признаны психически здоровыми. При проведении ретроспективного анализа анамнеза установлено, что аутоагрессивные попытки обусловлены у них не психопатологическими расстройствами, а психогенно обусловленной декомпенсацией акцентуаций характера с формированием транзиторных депрессивных и психопатических нарушений.

К биологическим факторам, оказывающим достоверное влияние на возникновение аутоагрессивного поведения, относятся наличие перинатальной патологии ($p < 0,01$) и наличие травм головного мозга в анамнезе ($p < 0,05$). Перинатальная патология выявлена в 28,0% наблюдений (56 человек) и послужила основой формирования органических аффективных расстройств, умственной отсталости. По анамнестическим сведениям, 40,0% обследуемых имели травмы головного мозга, из них 15,0% – повторные. После проведения объективного обследования (ЭЭГ, ЭХО, неврологический статус) были выявлены признаки, указывающие на вероятность органического поражения ЦНС травматического генеза еще у 16,0% юношей, не указавших в анамнезе травмы головного мозга.

К категории личностных факторов у лиц с аутоагрессивным поведением в анамнезе отно-

сится уровень тревожности ($p < 0,05$). У всех обследуемых юношей был выявлен тот или иной уровень тревожности, наибольший процент представлен средним, с тенденцией к низкому (5–15 баллов на шкале Немчина) – 115 юношей (57,5% наблюдений). Средний, ближе к высокому, уровень тревожности (15–25 баллов) выявлен у 47 юношей (23,5% наблюдений). Высоким уровнем тревожности (25–40 баллов) обладали 16 юношей (8,0% наблюдений). Низкий уровень тревожности (0–5 баллов) выявлен у 22 юношей (11,0% наблюдений).

В группу социальных факторов, оказывающих влияние на возникновение аутоагрессивного поведения ($p < 0,05$), вошли признаки, отражающие уровень образования родителей и самого призывника, вид обучения, а также асоциальное поведение родителей, алкоголизация.

Среди обследуемых 18 юношей (9,0% случаев) воспитывались в семьях, где мать окончила 9 классов, матери в 21 семье (10,5% случаев) имели высшее образование, 132 человека (66,0% случаев) имели среднее техническое или среднее специальное образование, в одной семье мать имела неполное среднее образование, в 28 случаях (14,0%) информация об образовании родителей была недоступна вследствие отсутствия родителей по причине смерти или лишения родительских прав. Тесную связь с уровнем образования родителей обнаруживает и уровень образования самого обследуемого. Среди обследуемых 112 юношей (56,0% случаев) окончили 9 классов, 24 юноши (12,0% случаев) имели полное среднее образование, 62 человека (30,0% случаев) имели среднее техническое или среднее специальное образование, двое юношей имели высшее и неполное высшее образование. По коррекционной программе обучались 22 человека (11,0% случаев), 178 человек (89,0% случаев) – по общеобразовательной программе.

Воспитание в родительской семье, отношение к подростку сказываются на формировании характера, может являться почвой для неблагоприятного течения возрастных кризов, формирования девиантного и аутоагрессивного поведения. Та или иная форма неполноты семьи является достоверно значимым предиктором формирования аутоагрессивного поведения ($p < 0,05$). В неполных семьях воспитывались 70,0% обследуемых. В 52,0% это была только мать и в 5,0% случаев – отец, 7,0% юношей воспитывались ближайшими родственниками, 6,0% – находились под опекой государства.

Значимым предиктором является и асоциальное поведение родителей. В 26,0% семей призывников один или оба родителя злоупотребляли алкоголем, в 2,0% – были наркозависимыми, в 3,0% ближайшие родственники имели судимости.

В дальнейшем такие подростки фиксировали модели поведения родственников. Среди лиц призывного и допризывного возраста, поступивших на обследование по направлению военкоматов, не было лиц, зависимых от психоактивных веществ, но отмечались употребление алкоголя и эпизодическое употребление наркотических препаратов ($p < 0,05$). На момент обследования в стационаре 57,5% призывников (115 наблюдений) употребляли алкоголь эпизодически и 26,5% (53 наблюдения) – регулярно, 21,0% (42 юноши) употребляли каннабиноиды, из них 5,0% делали это регулярно. По анамнестическим сведениям, у 12,0% обследуемых (24 человека) наблюдались такие девиации поведения, как побеги из дома, бродяжничество, у 21,0% (42 юноши) – ранняя алкоголизация, 26,5% (53 человека) имели приводы в полицию, и 6,0% (12 человек) состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. Судимости на момент обследования имели 39 призывников, что составляет 19,5% от всех обследуемых.

Еще одним признаком, достоверно оказывающим влияние на формирование аутоагрессивного поведения, является наличие патохарактерологических реакций в анамнезе ($p < 0,05$). В 21,5% случаев это была реакция оппозиции (эта реакция бывает следствием утраты или резкого уменьшения внимания со стороны матери или близких, появления в семье отчима или мачехи), в 21,5% – реакция эмансипации, которая проявляется желанием высвободиться из-под опеки, контроля, и как крайняя форма – побеги из дома, бродяжничество. По 0,5% – реакции группирования, имитации и отказа. Закрепляясь в поведении, патохарактерологические реакции приводят к формированию неадаптивных, в том числе и аутоагрессивных, моделей поведения. Процент призывников, не имеющих патохарактерологических реакций в анамнезе, в общей выборке составляет 19,5%.

Наличие патохарактерологических реакций тесно связано еще с одним признаком, характеризующим лиц с аутоагрессивным поведением, – это уровень занятости свободного времени ($p < 0,05$). Проведенный анализ данных по времяпрепровождению лиц призывного и допризывного возраста показал отсутствие увлечений и интересов интеллектуального характера. Большинство юношей, проходивших обследование, не имели каких-то конкретных увлечений и свободное время проводили в компании сверстников – 61,5% (123 наблюдения). Зачастую бесцельное времяпрепровождение сопровождалось вовлечением в асоциальные компании, курением и распитием алкогольных напитков. Посещали спортивные секции 21,0% обследуемых (42 человека), увлечение техникой, в том числе компьютерами, игру

на музыкальных инструментах, участие в неформальных молодежных организациях отметили по 5,5% (11 наблюдений).

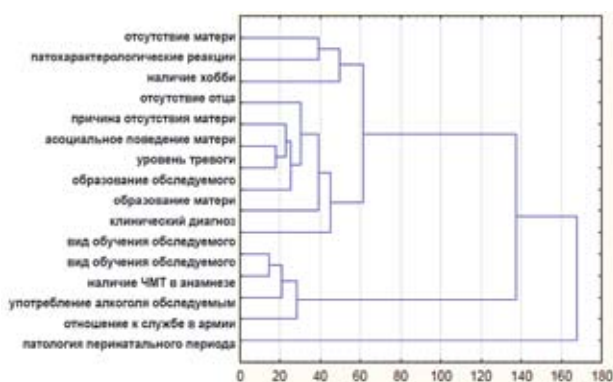
Одним из показателей психологической зрелости и социальной активности является отношение к военной службе ($p < 0,05$). Активную положительную установку на службу в армии имели всего 36,5% обследуемых (73 юноши), среди оставшихся 33,5% (67) не имели установки на службу, 15,5% (31) относились безразлично и 14,5% (29) имели формальную установку.

Таким образом, подростка с аутоагрессивным поведением характеризует комплекс из 15 признаков – клинических, социальных и личностных. Проведенный анализ позволил сгруппировать кластеры по рангу максимальной значимости признаков разных блоков, влияющих на формирование аутоагрессивного поведения.

Выявленные ранги кластеров привели к доказательству того, что возникновение аутоагрессивного поведения является результирующей воздействия комплексов взаимосвязанных характеристик разных категорий, когда личностные характеристики, клинические проявления и микросоциальные факторы определяют склонность к аутоагрессивному поведению.

С целью более наглядного отражения взаимовлияния предикторов была построена дендрограмма, представленная на рисунке.

Диагностика психических расстройств, а также ранговая значимость предикторов необходимы для разработки комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий для лиц с аутоагрессивным поведением в анамнезе.



Кластеризация признаков

Таким образом, аутоагрессивное поведение – сложный биопсихосоциальный феномен, и существует множество теорий, объясняющих это явление. Проведенное исследование позволило увидеть нозологическую структуру психических расстройств у лиц призывного и допризывного возраста с аутоагрессивным поведением в анамнезе. Основную часть психопатологических расстройств представляют расстройства личности, органические расстройства, умствен-

ная отсталость. Выявлены основные предикторы аутоагрессивного поведения. На ранних этапах развития это различные формы девиантных детско-родительских отношений, отклонение от социальных норм поведения. Семья определяет поведение подростка, формирует эмоциональные реакции, которые сохраняются в течение жизни и оказывают влияние на реагирование индивида в каждый определенный момент жизни. Воспитание в дисгармоничных семьях (наркозависимость, алкоголизация родителей, низкий образовательный уровень), а особенно в сочетании с наследственной отягощенностью приводит к недоразвитию эмоционально-волевой сферы, искажению формирования морально-этических норм и фиксации асоциальных и аутоагрессивных форм поведения. Отсутствие интересов в свободное время, отношение к службе в армии являются маркером личностной незрелости, что в сочетании с имеющимися психическими расстройствами, воспитанием в дисгармоничных семьях и наличием патохарактерологических реакций приводит к формированию аддиктивного и аутоагрессивного поведения.

Следовательно, своевременное выявление предикторов дает возможность более дифференцированно подходить к профилактике аутоагрессивного поведения и позволит сократить случаи аутоагрессивного поведения у лиц допризывного и призывного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Положий Б. С., Панченко Е. А. Суициды у детей и подростков в России: современная ситуация и пути ее нормализации [электронный ресурс] // Медицинская психология в России: Электрон. науч. журн. – 2012. – № 2. URL: [http:// medpsy. ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 15.11.2015).
2. 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.

3. Таранова Е. И. Семья как фактор, влияющий на формирование аутоагрессивного, суицидального поведения в подростковом возрасте // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. – 2011. – № 10. – С. 44–49.

4. ЮНИСЕФ. Смертность российских подростков от самоубийств. – Детский фонд ООН, 2011. – 131 с.

5. Cash S. J., Bridge J. A. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior // *Cur. opin. pediatr.* – 2009. – Vol. 21. – P. 613–619.

6. Epstein J. A., Spirito A. Gender-specific risk factors for suicidality among high school students // *Arch. suicide res.* – 2010. – Vol. 14. № 3. – P. 193–205.

7. Gould M. S., Greenberg T., Velting D. M., Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years // *J. am. acad. child. adolesc. psychiatry.* – 2003. – Vol. 42. № 4. – P. 386–405.

8. Hawton K., Saunders K. E., O'Connor R. C. Self-harm and suicide in adolescents // *Lancet.* – 2012. – Vol. 379. – P. 2373–2382.

9. Kessler R. C., Borges G., Walters E. E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey // *Arch. gen. psychiatry.* – 1999. – Vol. 56. № 7. – P. 617–626.

10. Klomek B. A., Sourander A., Gould M. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings // *Can. j. psychiatry.* – 2010. – Vol. 55. № 5. – P. 282–288.

11. Pelkonen M., Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention // *Paediatr. drugs.* – 2003. – Vol. 5. № 4. – P. 243–265.

12. Shaffer D. et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide // *Arch. gen. psychiatry.* – 1996. – Vol. 53. № 4. – P. 339–348.

13. Shaffer D. et al. The Columbia suicide screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression // *Am. acad. child adolesc. psychiatry.* – 2004. – Vol. 43. № 1. – P. 71–79.

14. Steele M. M., Doney T. Suicidal behavior in children and adolescents. part 1: etiology and risk factors. National center for children in poverty. Adolescent mental health in the united states // *Can. j. psychiatry.* – 2007. – Vol. 52 (6). Suppl. 1. – P. 21–33.

Поступила 01.12.2015

Е. И. МЯСОЕДОВА¹, С. С. САНДЖИЕВА², И. В. СЕВОСТЬЯНОВА²,
О. С. ПОЛУНИНА², Л. В. ЗАКЛЯКОВА²

ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВО-АРТЕРИАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

¹ГБУЗ АО «Приволжская районная больница»,

Россия, 414018, г. Астрахань, ул. Александрова, 9. E-mail: k.kornina@yandex.ru;

²Астраханский государственный медицинский университет,

Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121. E-mail: irina-nurzhanova@yandex.ru