

Выявлен 12-й белок, содержащий анкириновые повторы – белок с молекулярной массой 235507 Да. Частота обнаружения у здоровых лиц составила 0,000; у больных – 0,375. Известно, что анкириновые повторы – фрагменты из 33 аминокислотных остатков, состоящие из двух альфа-спиралей, разделённых петлями, опосредующие разнообразные белок-белковые взаимодействия (Заварзин В. А., 2006). Связь анкиринов с биполярным аффективным расстройством показана на примере гена анкирина G, выполняющего множество разнообразных функций в центральной нервной системе, хотя патогенетический механизм этой связи остаётся неизвестным. Обнаружение в сыворотке больных биполярным аффективным расстройством доменов, содержащих анкириновые повторы, возможно, указывает на активацию клеточного метаболизма в патогенезе заболевания.

Обнаружен белок с молекулярной массой 105306 Да – z-1 субъединица глутаматного NMDA-рецептора, с частотой обнаружения у здоровых лиц, равной 0,000; у больных – 0,250. С гипофункцией глутаматергической стимуляции нейронов связывают, например, патогенез шизофрении, болезни Альцгеймера, особенно их поздние этапы. Возможно, гиперактивация глутаматного NMDA-рецептора приводит к гибели нейронов вследствие эксайтотоксичности, вследствие чего происходит повреждение синапсов, что обуславливает явление в сыворотке крови субъединиц NMDA-рецептора (Логинава Л. В., 2014). Появлению субъединиц рецепторов в крови способствует повреждение ГЭБ.

**Выводы.** Таким образом, в сыворотке крови больных биполярным аффективным расстройством обнаружены 2 белка, не встречающихся у здоровых лиц: 12-й белок, содержащий анкириновые повторы, z-1 субъединица глутаматного NMDA-рецептора. При увеличении количества обследуемых лиц можно предположить использование обнаруженных белков в качестве биологических маркёров БАР.

*Работа поддержана грантом РФФ № 14-15-00480 «Поиск ключевых биомаркеров патогенеза социально значимых эндогенных психических расстройств» 2014–2016 гг.*

#### Л и т е р а т у р а

1. Иванова С. А., Федоренко О. Ю., Смирнова Л. П., Семке А. В. Поиск биомаркеров и разработка фармакогенетических подходов к персонализированной терапии больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 1. – С. 12—16.
2. Симуткин Г. Г. Особые паттерны течения аффективных расстройств. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2010. – 416 с.
3. Заварзин В. А., Зайнагетдинов Р. З., Какурина Г. В., Пурлик И. Л., Серебров В. Ю., Кондакова И. В. Роль сфингомиелина и церамида в регуляции процессов пролиферации и апоптоза клеток гепатоцеллюлярной карциномы // Сибирский онкологический журнал. – 2006. – № 4. – С. 41—45.
4. Логинава Л. В., Смирнова Л. П., Серегин А. А., Дмитриева Е. М., Мазин Е. В., Симуткин Г. Г. К вопросу поиска биомаркеров при биполярном аффективном расстройстве // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2014. – № 3 (49). – С. 139—141.

## АГРЕССИВНЫЕ И ВРАЖДЕБНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Суровцева А. К., Лебедева Е. В.

НИИ психического здоровья, Томск

**Актуальность исследования.** Пациенты, страдающие депрессивным расстройством, часто высказывают жалобы на не свойственные им ранее повышенную раздражительность, несдержанность, вспыльчивость, агрессивность, злость, которые приводят к нарушению отношений со значимыми и случайными окружающими людьми, приводят к семейным, межличностным и производственным конфликтам, в целом снижая их социальной функционирование и качество жизни, а также могут приводить к увеличению стоимости терапии депрессии (Семке А. В., Алтынбеков К. С., 2014). В случае депрессивного расстройства традиционно обсуждаются вопросы снижения социального функционирования, вызванные угнетённым настроением, снижением уровня активности и побуждений, а повышенная агрессивность таких пациентов рассматривается как проявление личностного расстройства (Яковлева А. Л., 2014).

В 90-х гг. прошлого века в литературе появляются концепции, описывающие взаимосвязи депрессивных расстройств с агрессивным поведением пациентов. Так, М. Fava были описаны так называемые атаки гнева у больных депрессивными и тревожными расстройствами. Он приводит описание нескольких клинических случаев внезапно возникающих эпизодов гнева, сопровождающихся физиологическими проявлениями, напоминающих приступы паники на фоне депрессивного или тревожного расстройств. Атаки гнева возникали спонтанно или в ответ на провокации, пациенты сообщали, что такое поведение было для них нетипично и часто даже не соответствовало ситуации. Пациенты, как правило, испытывали глубокое чувство вины после этих вспышек. Атаки гнева отмечались у пациентов с депрессивными или тревожными расстройствами без расстройства личности. На фоне антидепрессивного лечения они проходили. Изначально предполагалось, что подобные проявления могут быть возможными вариантами панического или депрессивного расстройства (Fava M., Anderson K., Rosenbaum J. F., 1993). Однако позже было выдвинута гипотеза, что атаки гнева могут существовать как отдельный синдром и если их не лечить, то они могут приводить к вторичной тревоге или депрессии (Fava M., Rosenbaum J. F., Pava J. A., McCarthy M. K., Steingard R. J., Bouffides E., 1993).

В 90-х годах была предложена также гипотеза CeTA-депрессии (van Praag H. M., 1998), как подтип «провоцируемой стрессом, индуцируемой кортизолом, связанной с серотонином тревожно-агрессивной депрессии». Постулируется существование биологического механизма, опосредующего связь между сложным психотравмирующим опытом и структурой личности, с одной стороны, и психопатологическими синдромами (тревогой, агрессией, пониженным настроением) – с другой. При этом нарушения функции серотонин-зависимых нейромедиаторных систем сочетаются с дисфункцией гипоталамо-гипофизарно-адренкортикальной оси. Подобные нарушения были типичны для больных с расстройством настроения.

При CeTA-депрессии обострение часто начинается с тревоги и повышенной агрессивности (раздражительности, стремления спорить, негативизма, вспышек гнева). Подавленное настроение появляется несколько позже. Развитие полного депрессивного эпизода также не является обязательным. Подчеркивается, что тревога и агрессивность тесно коррелируют, независимо от нозологической формы расстройства. Учитывая это, Ван Праг предположил, что CeTA-депрессия характеризуется первоначальным ограничением способности управлять тревогой и агрессивностью, что влечет за собой расстройство настроения, переходящее в депрессию. Ван Праг считает, что «тревожно-агрессивная депрессия, связанная с серотонином», не является, по сути, первичным расстройством настроения. Нарушение способности управлять тревогой и агрессией напрямую связано с дисфункцией серотонинергической системы. Следовательно, эти психологические нарушения первичны и «задают ритм» депрессии, а расстройства настроения возникают вторично.

Для оценки уровня агрессивности и враждебности больных депрессивными расстройствами нами было проведено исследование, в котором принимали участие пациенты отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья.

**Целью** исследования было изучение уровня прямой агрессии, враждебности и преобладающих форм агрессивного поведения у данной категории больных с помощью опросника Басса-Дарки.

**Материал исследования.** Сформированная группа включала в себя 50 человек, из них 11 (22 %) мужчин и 39 (78 %) женщин. Средний возраст пациентов составил  $52,8 \pm 9,9$  года. Группа формировалась целенаправленно, выборочно из госпитализированных в клинику больных аффективными расстройствами. Критерием включения в выборку были пациенты с одним из следующих аффективных расстройств: депрессивный эпизод (ДЭ), рекуррентная депрессия, текущий депрессивный эпизод (РДР), биполярное расстройство настроения, текущий депрессивный эпизод (БАР), дистимия. Исключались пациенты с выраженными органическими расстройствами, алкоголизмом, тревожными, личностными расстройствами.

**Результаты.** Диагностика осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10. Среди них доля пациентов с ДЭ составила 18 (32 %) человек, с РДР – 15 (26 %) человек, БАР – 11 (19 %) человек, с дистимией – 6 (11 %) человек.

В исследовательской выборке с тяжелой степенью заболевания было 8 (16 %) человек, с умеренной – 34 (68 %) человека, с легкой – 8 (16 %) человек. Измерение уровня агрессивности, враждебности, преобладающих форм агрессивного поведения у больных депрессивными расстройствами было однократным, на первой неделе лечения.

Оценка уровней прямой агрессии и враждебности в выборке показала средний уровень прямой агрессии (21 балл) и высокий уровень враждебности (10 баллов). Не было выявлено различий в уровне агрессивности и враждебности между мужчинами и женщинами (критерий Манна-Уитни  $p=0,8$  и  $p=0,9$  соответственно).

У 26 % (13 чел.) пациентов обнаружена сильная степень выраженности прямой агрессии, у 46 % (23 чел.) – сильная степень выраженности враждебности. Высокая агрессивность и враждебность депрессивных пациентов может оказывать влияние не только на здоровье, но и нарушать их взаимодействие с окружающими людьми.

А. Басс понимает под прямой агрессией инструментальную поведенческую реакцию, носящую характер наказания, под враждебностью – длительное, устойчивое негативное отношение или систему оценок, применяемую к окружающим людям, предметам, явлениям.

Значимые различия в формах проявления агрессии между мужчинами и женщинами отмечены в уровне физической (критерий Манна-Уитни  $p=0,04$ ) и косвенной (критерий Манна-Уитни  $p=0,02$ ) агрессии. Мужчины более склонны проявлять агрессию в физической форме, а женщины – в косвенной. Среди форм агрессии, выделенных А. Бассом, наибольшие показатели (выше среднего) были получены по шкале чувство вины – в среднем 8 баллов, что соответствует сильной степени выраженности. Эти результаты согласуются с картиной классической депрессии, согласно которой среди негативных эмоций, переживаемых депрессивными больными (кроме тоски), депрессивные пациенты гораздо чаще испытывают стыд и чувство вины.

**Выводы.** Таким образом, результаты исследования уровня агрессивности депрессивных пациентов и форм, в которых она проявляется, выявляют, что больные депрессивными расстройствами менее склонны к прямой, инструментальной агрессии, но отличаются высоким уровнем враждебности, что означает наличие устойчивого негативного отношения к миру, негативную систему оценок, применяемую к окружающим людям, предметам и явлениям, что, безусловно, затрудняет их социальную адаптацию и качество жизни. Возможно, с выраженной враждебностью связано и повышенное чувство вины, отмечаемое у этой категории больных.

Основатель когнитивной терапии А. Бек считает, что настроение и поведение индивидуума в значительной степени определяются присущим ему способом толкования и объяснения мира. Бек описывает эти конструкты как отрицательные когнитивные модели или «схемы». Эти схемы подобны фильтрам, «концептуальным очкам», сквозь которые мы видим мир, отбираем определенные аспекты переживаемых событий и так или иначе их интерпретируем. Враждебное отношение к миру, чувство опасности, таким образом, может «поддерживать» подавленное настроение. Обсуждение проблемы враждебности во время психотерапевтических сессий может быть полезным для депрессивных больных. Так как враждебность связана с системой оценок, с когнитивными процессами, то применение КБТ может оказаться достаточно эффективным подходом.

#### Л и т е р а т у р а

1. Семке А. В., Алтынбеков К. С. Фармакоэкономические аспекты антидепрессивной терапии (литературный обзор) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 1. – С. 71–74.
2. Яковлева А. Л., Симуткин Г. Г. Клинико-динамические особенности аффективных расстройств при их коморбидности с личностными расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 2. – С. 26–29.
3. Fava M., Anderson K., Rosenbaum J. F. Are thymoleptic-responsive 'anger attacks' a discrete clinical syndrome? // Psychosomatics. – 1993. – V. 34. – P. 350–355.

4. *Rosenbaum J. F., Fava M., Pava J. A., McCarthy M. K., Steingard R. J., Bouffides E.* Anger attacks in unipolar depression, part II: neuroendocrine correlates and changes following fluoxetine treatment // *Am. J. Psychiatry.* – 1993. – V. 150. – P. 1164—1168.
5. *Fava M., Rosenbaum J. F., Pava J. A., McCarthy M. K., Steingard R. J., Bouffides E.* Anger attack in unipolar depression, part I: clinical correlates and response to fluoxetine treatment // *Am. J. Psychiatry.* – 1993. – V. 150. – P. 1158—1163.
6. *Morand P., Thomas G., Bungener C, Ferreri M., Jouvent R.* Fava's Anger Attacks Questionnaire: evaluation of the French version in depressed patients // *Eur. Psychiatry.* – 1998. – V. 13 (1). – P. 41—45.
7. *Van Praag H. M.* Депрессия, тревожные расстройства, агрессия: попытки распутать Gordiev узел. <http://www.psychology.ru/affective>

## ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Тонгак У.-К., Цыбульская Е. В.

ГБОУ ВПО Сибирский ГМУ Минздрава России, Томск  
НИИ психического здоровья, Томск

**Актуальность.** Инвалидность является распространенным социальным и медицинским явлением [2, 3, 7]. Проблемы инвалидов и членов их семей тесно переплетены друг с другом, часто причинно связаны между собой, многочисленны, многогранны и требуют комплексного решения [2, 5, 6]. Создание доступной среды для инвалидов, помощи семьям, в которых данные дети воспитываются, – одна из важных медицинских и социальных задач общества и государства. Сама по себе инвалидность ребенка является мощным и постоянно действующим психотравмирующим фактором, который в сочетании с возможностью вторичной невротизации создает основу для психической дезадаптации взрослых членов семей, и негативно влияет на реабилитацию ребенка-инвалида [2, 4]. В свою очередь наличие затяжных и долгое время не решаемых психогений способствует формированию неврозов, психосоматических и аффективных расстройств [1, 3, 5].

**Материал исследования.** На примере специализированного детского сада (Кызыл, Республика Тыва) проведено изучение психологического состояния 30 семей, воспитывающих детей-инвалидов, с использованием шкал тревоги Спилбергера-Ханина и шкал депрессии Гамильтона. Работа проводилась студентами и сотрудниками кафедры социальной работы социальной и клинической психологии СибГМУ и сотрудниками НИИ психического здоровья. Материалы данного исследования послужили основой для дипломной работы (выполнена У.-К. Тонгак под руководством д.м.н. В. А. Рудницкого). Представители 5 семей (родители) от участия в исследовании отказались. На момент исследования никто из родителей не обращался за психиатрической помощью, у них не обнаруживалось признаков выраженной психической дезадаптации. Следует отметить, что никто из обследованных родителей, воспитывающих детей-инвалидов за психиатрической либо психотерапевтической помощью не обращался, на учете у психиатра не состоял.

**Результаты.** Тем не менее у родителей, воспитывающих детей-инвалидов, отмечался достаточно высокий уровень ситуативной тревоги (в среднем 35,8 балла у женщин, 28,3 балла у мужчин), и личностной тревожности (32,1 балла у женщин, 26,4 балла у мужчин). Менее выраженными оказались показатели по шкале депрессии (средний балл 14,3 у женщин, 13,2 у мужчин). У большинства родителей (86,67 %) отмечались повышенная утомляемость, истощаемость при умственных и физических нагрузках, нарушения сна (93,33 %), снижение интересов и удовольствия к приятной ранее деятельности, частые семейные и производственные конфликты, снижение устойчивости к стрессам. Анализ результатов исследования показал, что большинство семей с детьми-инвалидами имеют низкий уровень реабилитационной культуры, не знают, что делать в сложившейся ситуации, рассчитывают в основном на помощь государства, сосредоточены на получении материальных благ (материальную помощь, жилье, помощь специалистов), неадекватно относятся к проблемам своих детей.