

нами кроликов характеризовало изменение соотношения между лимфоцитами и плазматическими клетками. У животных, зараженных вибрионами 01-группы оно было 1:2,6 в двенадцатиперстной кишке, 1:1,44 в подвздошной, 1:1,13 в толстом кишечнике, а у зараженных холерными вибрионами 0139-серогруппы - 1:0,81, 1:0,85 и 1:0,89 соответственно (в контроле - 1:2,3; 1:0,65; 1:1,25 соответственно). Отмечена несколько более выраженная активация МЭЛ в тонком кишечнике кроликов, зараженных вибрионами 0139-серогруппы. У всех животных опытных групп во всех отделах кишечника резко увеличивалось количество клеток содержащих кислые мукополисахариды (КМПС) и уменьшалось число клеток с нейтральным продуктом (НМПС). Это особенно важно, поскольку именно НМПС отводится основная защитная роль при любой патологии ЖКТ. Наиболее четко эти отличия прослеживались у животных, зараженных холерными вибрионами 0139-серогруппы. Реакция апудоцитов ЖКТ у животных, зараженных вибрионами 01-группы заключалась в умеренном уменьшении количества клеток во всех отделах кишечника на фоне более чем двукратного увеличения числа опустошенных клеток. У кроликов, зараженных вибрионами 0139-серогруппы отмечали более выраженную реакцию апудоцитов за счет резкого опустошения клеток в тонком кишечнике и умеренное увеличение количества клеток в толстом кишечнике.

Таким образом, морфофункциональное состояние эффекторной зоны иммунной системы ЖКТ при холерной инфекции отражает глубину повреждающего действия на макроорганизм холерных вибрионов, что должно учитываться при оценке штаммов, перспективных в качестве вакцинных.

### **СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ**

Ефимова О.И.

Статистические данные свидетельствуют о том, что в России высокий уровень самоубийств: ежегодно совершается около 55 тыс. самоубийств (сравните: убийств около 40 тысяч), или из каждых 100 тысяч населения уходят из жизни по своей воле 39,7 человека. В докладе шведского Центра суицидальных исследований сообщается, что по абсолютному количеству самоубийств среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет Россия занимает первое место. Анализ материалов уголовных дел и проверок обстоятельств причин самоубийств несовершеннолетних, проведенный Генеральной Прокуратурой России, показывает, что 62% всех самоубийств вызвано семейными конфликтами и неблагоприятным поведением отдельных педагогов, конфликтами с учителями, одноклассниками, друзьями, черствостью и безразличием окружающих.

Подчеркивая стремительность развития и скорость изменений, многие англоязычные авторы называют подростковый возраст "стрессом развития" ("developmental stress"). Сутью подросткового возраста Л.С. Выготский (1929) считал несовпадение трех

точек созревания полового, общеорганического и социально-культурного. Он указал типичные черты подростка: возникновение интроспекции, ведущей к самоанализу, появление особого интереса к своим переживаниям, неудовлетворенность внешним миром, уход в себя, появление чувства исключительности, стремление к самоутверждению, противопоставление себя окружающим, конфликты с ними. Все эти изменения, происходящие в личности подростка, могут служить основаниями различных отклонений в поведении. Поведенческие реакции подростков могут быть следствием заострений, акцентуаций характера (Кон И.С., Личко А.Е., Мудрик А.В, Реан А.А. и др.). Если раньше акцентуации считались аномалией личности, то теперь они входят в критерий нормы, поскольку характерны 90% подростков (Иванов Н.Я., Личко А.Е., Иванова Т.В ). Другим значимым фактором отклоняющегося поведения подростка выступает нарушения системы взаимоотношений между подростком и его родителями. На взаимосвязь эмоциональных расстройств, нарушений поведения и других психологических проблем и неблагоприятных событий в детстве ребенка указывали такие классики психоанализа как А. Адлер, К.Хорни. Современные исследователи также единодушно отмечают огромное влияние на формирование отклоняющегося поведения детей и подростков семьи и семейных отношений (Прихожан А.М., Спиваковская А.С., Царегородцева Л.М., Юстицкий В.В., Эйдемиллер Э.Г., Хямляйнен Ю. и др.).

В своих исследовательских проектах мы пытаемся реализовать социально-личностный подход, основанный на использовании принципа дополнительности как взаимодействия ситуативных и личностных факторов, объединяющих биологические, психологические и социальные причины девиаций. Многие авторы считают, что детерминирующими отклоняющееся поведение являются личностные факторы, а ситуативные играют роль модулятора, определяя вариативность проявления личностных особенностей (Белокобыльская С.А., Емельянов В.П., Коломинский Я.Л., Реан А.А., Тарарухин С.А. и др.). Позволим не согласиться с такой позицией в отношении суицидального поведения, где социально-психологические отношения в референтной для человека группе часто выступают детерминирующим фактором.

В одном из наших последних исследований (Ефимова О.И., Чернокал Н.) мы попытались изучить взаимосвязь различных форм отклоняющегося поведения с типом семейных взаимоотношений и тактик воспитания, реализуемых в семье. В качестве методического инструментария были использованы методика «Склонность к отклоняющемуся поведению» (СОП) и методика «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (ADOR), которая по мнению Л.Ф.Бурлачука (1999) является единственной методикой, изучающей с точки зрения подростков стратегии взаимодействия с детьми отца и матери. Результаты исследования свидетельствуют, что подростки надеются своих родителей высоким уровнем враждебности, имеет место тенденция, соответствующая как реальным взаимоотношениям, так и «образу» этих отношений. Возможно, подросток приписывает роди-

телям враждебность, сам испытывая к ним враждебные чувства.

Подросток с девиантным поведением ожидает от родителей проявления нетерпеливости, «возмущений по поводу любого пустяка, который мог бы сделать подросток», демонстрации неприязненного отношения, жалоб на его поведение. Подросток допускает даже то, что его, в принципе, ненавидят. Как считает подросток, его родители обладают повышенной директивностью, им присущ догматический сверхконтроль, навязывание собственных мнений и представлений, нежелание считаться с мнением и чувствами подростка (т.е. имеет место нарушение меры воздействия), что, вполне вероятно, ведет к отчуждению подростка и его уходу в ту среду, где он может получить психологическую поддержку.

В другом исследовании (Ефимова О.И., Скакун И.В.) ставилась более конкретная задача – изучить психологические и социально- психологические факторы суицидального риска в подростковой среде, в частности взаимосвязь акцентуаций характера, стиля межличностных отношений и степени выраженности суицидального риска. Результаты эмпирического исследования свидетельствуют, что в группе с отсутствием суицидального риска распределение типов акцентуаций не отличается от равномерного, то есть, нельзя говорить о преобладании каких-либо акцентуаций характера в этой группе. Высокий суицидальный риск характерен для подростков с аффективно-экзальтированным и возбудимым типами акцентуаций характера, которые преобладают среди всех остальных типов акцентуаций характера, выделенных в данной группе (выявлены у 70% подростков данной группы). Особенно заметно преобладание подростков с аффективно-экзальтированным типом акцентуации характера – они составляют около половины всех испытуемых этой группы. Следует отметить, что аффективно-экзальтированный тип характеризуется изменчивостью настроения, ярко выраженными эмоциями, большим диапазоном эмоциональных состояний: лица этого типа легко приходят в восторг от радостных событий и в полное отчаяние от печальных. В своем поведении люди этого типа руководствуются главным образом эмоциями, страстями, чувствами, что снижает их способность к рефлексии и волевому контролю поведения. Вследствие этого, в состоянии отчаяния они легко переходят к суицидальным мыслям и действиям.

В целом, по результатам исследования у 60% подростков была диагностирована высокая склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению, среди девушек этот показатель значительно выше (73%), чем среди юношей (48%), что может быть следствием полоролевых особенностей девушек, для которых нормой является открытое проявление собственных эмоций, меньшая склонность к волевому контролю эмоциональных проявлений. Интересно отметить, что для подростков с высокой степенью суицидального риска характерен авторитарный и агрессивный типы межличностных отношений (для 73% респондентов из этой группы). Авторитарный тип характеризуется как диктаторский, властный тип личности, которая во всем стремится полагаться на

свое мнение, не умеет принимать советы других. Для таких подростков типичным является завышенная самооценка и уровень притязаний, агрессивность и слабая рефлексия. Присущую им властность они легко переносят и на отношение к собственной жизни, считая себя вправе независимо ни от кого распоряжаться своей жизнью и смертью.

Также подростки с высоким суицидальным риском превосходят остальных подростков по уровню экстремальности поведения, им свойственны нарушения адаптивности в отношениях к окружающим, трудности в приспособлении к условиям социальной среды. Следует отметить, что эффективность адаптации существенно зависит от того, насколько адекватно индивид воспринимает себя и свои социальные связи, искаженное или недостаточно развитое представление о которых ведет к нарушениям адаптации. Такие дети воспринимают мир в узком диапазоне своих отрицательных, болезненных переживаний. В свою очередь невозможность справиться с какой-либо стрессовой ситуацией нередко приводит к суицидальной попытке. Для суицидента кажется, что для него более не существует будущего, невозможно справиться с навалившимся грузом проблем, и единственным выходом видится полное самоуничтожение.

Каким образом можно предупредить суицидальное поведение? В настоящее время существенный вклад в профилактику суицидального поведения вносят телефоны экстренной психологической помощи (или Горячие Линии «Hot lines» на Западе), которые стали важной частью почти каждого местного "ландшафта" во многих странах мира. Одна из особенностей суицидоопасных состояний - ощущение себя "вне" общества, поскольку тема самоубийства табуирована. Поэтому важнейшим принципом первой помощи при суицидальной опасности является требование к консультанту задавать вопросы о самоубийстве, не избегать этой темы. Это действительно важно: проявлять интерес, не осуждать и не пытаться переубедить собеседника. Необходимыми элементами экстренной консультации являются: 1) установление эмпатического контакта, отношений доверия; 2) определение степени риска суицидального поведения и вероятности смертельного исхода. В процессе оценки суицидального риска или после консультант должен постараться узнать, в чем состоит смысл самоубийства для пациента, от какой проблемы или целого клубка проблем он хочет сбежать в небытие. Этот вопрос помогает определить тактику дальнейшей интервенции. Узнав смысл суицидального поведения, можно вместе с пациентом пытаться искать альтернативные варианты решения проблемы. Так как одним из проявлений кризисного состояния является когнитивный хаос, консультант должен помочь организовать лавину обрушившихся проблем в обозримые проблемные блоки, установить приоритетные их решения. Таким образом, позиция консультанта или психотерапевта должна быть активной и достаточно директивной. Однако следует обратить внимание на то, что убеждать человека в необходимости работать с проблемой, пытаться разрешить ее, вовсе не значит уговаривать отказаться от суицида или, что еще хуже, спорить о смысле жизни. Большое значение для консультанта

имеет прошлый опыт суицидального поведения клиента и выяснение, что тогда удержало от суицида, возможно, это поможет и в данный момент.

В нашей стране в оказании психологической помощи в основном задействованы профессионалы, что, несомненно, повышает качество оказываемой помощи. В то же время недостаток финансовых ресурсов не позволяет сделать данную помощь доступной и всеобъемлющей. Выход из сложившейся ситуации может быть найден в развитии волонтерского движения в социальной сфере, которое пока находится в начальной стадии своего развития. Вместе с тем сегодня предметом особой гордости общественности любого города или района на Западе является возможность сказать, что у них имеется множество добровольцев, круглосуточно и бесплатно оказывающих помощь другим людям, в том числе и с повышенным суицидальным риском. Волонтерское движение является неотъемлемой частью культур и религий различных стран, претерпевающее значительное воздействие со стороны социально-экономических и политических сторон жизни общества. В периоды религиозных и политических беспокойств волонтерское движение тонко реагирует на подобные изменения и координирует свои действия согласно этим изменениям. Например, в США это движение рассматривается как показатель социального благополучия: в период экономического роста волонтерское движение находится на пике своего развития. С другой стороны, в период регрессии и социальной депривации, когда медицинские и социальные службы нуждаются в наибольшем содействии, чем когда либо, волонтерское движение очень быстро исчерпывает свои ресурсы и приходит в упадок. Многие волонтеры, не обладая специальными знаниями по медицине или психологии, психиатрии, отбираются по таким качествам, как умение оказывать заботу и выслушать клиента, способности общаться, видеть людей, а не проблемы, заботиться о чувствах, а не о фактах, быть сильнее клиента, быть терпеливым, гуманным. Одним словом, это - необычайные обычные люди.

Однако не только умение выслушать клиента, помогает волонтеру направить его на путь избавления от страданий, но и умение обнаружить у него суицидальные чувства, намерения. В настоящее время мы приступили к созданию образовательной программы для волонтеров (тренинга), в которой можно выделить две составляющие: 1) формирование блока знаний о суициде и его профилактике; 2) тренинг волонтеров для работы на телефоне экстренной психологической помощи.

С целью выявления знаний о суициде был использован модифицированный опросник Центра профилактики суицида при Центре психического Здоровья Общества Диди Херш (Калифорнии, США). В ответах на закрытые вопросы в ходе теста была выявлена осведомленность понимании терминов "суицид", "депрессия", природе стрессоров. Также испытуемые (студенты-психологи) показали знания о существовании различных мифов о суицидальном поведении, об их ошибочности. Наиболее низкие показатели были выявлены в знаниях статистических данных по суицидальному поведению, клинических аспектах суи-

цида и видах депрессии. При ответах на открытые вопросы были получены следующие данные - в числе наиболее распространенных синдромов депрессии испытуемые назвали подавленность, агрессивность, раздражительность, апатия, плохой сон, потеря аппетита, уход в себя, негативное восприятие окружающего мира, самого себя и т.д.; наиболее распространенными методами борьбы с депрессией респонденты считают общение с друзьями, спорт, помощь специалиста, работа, хобби, отвлеченность внимания на другие стороны жизни, общение с природой, смена обстановки и др.

После обучающей лекции в ходе ре-теста показатели осведомленности стали более полными - испытуемые не испытали трудностей при ответе на вопрос о клинической картине суицида, статистических данных. При ответах на открытые вопросы значимых отличий не выявлено

Следующим нашим шагом в первичной профилактике суицидального поведения, является подготовка волонтеров к участию в образовательной программе педагогов и социальных работников о симптоматике суицидального поведения и возможных методах профилактики. На наш взгляд, информационный аспект или просвещение всех слоев населения, только совместные усилия профессионалов, общественности и власти могут снизить риск суицидального поведения.

*Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ, № проекта 04-06-00310а*

Работа представлена на научную конференцию «Диагностика, терапия, профилактика социально значимых заболеваний человека», 25-27 июля 2005г. г.Иркутск. Поступила в редакцию 02.08.05г.

#### **ВКЛАД ПРИОРИТЕТНЫХ КАНЦЕРОГЕНОВ В РАЗВИТИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ г.КЕМЕРОВО**

Ларин С.А.<sup>1</sup>, Громов К.Г.,<sup>2</sup> Мун С.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Институт экологии человека СО РАН, Кемерово,*

<sup>2</sup> *ГОУ ВПО Кемеровская государственная  
медицинская академия МЗ РФ, Кемерово*

Настоящее исследование выполнено с целью определить зависимость во времени содержания бенз[а]пирена в атмосферном воздухе с возникновением рака легкого у населения г. Кемерово.

Информация об онкологической заболеваемости взята из официальных отчетов ГУЗ Областного клинического онкологического диспансера г. Кемерово за период с 1990 г. по 2003 г. Для оценки динамики заболеваемости проведен расчет стандартизованных показателей по общепринятой методике. За стандарт принята возрастная структура населения Кемеровской области в 1998 г. Сведения о населении города получены из официальных данных Областного управления статистики.

Сведения о годовых среднесуточных концентрациях бенз[а]пирена представлены ГУ «Центр госсанэпиднадзора в г. Кемерово» за период с 1986 г. по 2003 г. Отбор проб на бенз[а]пирен, их исследование