

Паттерны табачной и алкогольной зависимости у госпитализированных больных шизофренией: медико-социологическое исследование

Светличная Т.Г.¹, Воронов В.А.², Смирнова Е.А.²

¹ГБОУ ВПО Северный государственный медицинский университет Минздрава России, Архангельск, Россия
²БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер №1», Череповец, Россия

ОРИГИНАЛЬНАЯ
СТАТЬЯ

Резюме

Обоснование: коморбидность шизофрении и табачной и алкогольной аддикции видоизменяет клинические проявления обоих заболеваний, ухудшает комплаенс, повышает риск возникновения агрессивного поведения и способствует криминализации больных. **Цель исследования:** изучить особенности курения табака и употребления алкоголя больными шизофренией. **Пациенты и методы:** сплошным методом были опрошены 104 больных шизофренией в возрасте 18 лет и старше, проходивших стационарное лечение в феврале 2020 г. В программу исследования входило заполнение больными «Анкет для изучения курительного и алкогольного поведения пациентов с психическими расстройствами». Оценка статуса курения включала тест К. Фагерстрема, для определения мотивации к курению тест А. Леонова «Почему я курю?», для определения риска развития ХОБЛ рассчитывался индекс курения, для оценки потребления алкоголя — тест AUDIT. Статистическую обработку результатов анкетного опроса производили с помощью программного обеспечения SPSS-17. **Результаты:** распространенность курения среди больных шизофренией является высокой (56,8%). Большинство (86,4%) из них являются заядлыми (66,1%) и злостными (20,3%) курильщиками. Выявлена высокая степень зависимости, стаж курения составляет в среднем 27,6 года, а количество выкуриваемых сигарет в день от 10–20 и даже до 60 штук. Для больных шизофренией характерны раннее начало курения (15,2 года) и преобладание высокой (47,5%) и средней (18,6%) степеней никотиновой зависимости. Распространенность употребления алкоголя среди больных шизофренией является весьма высокой (36,5%). Большинство (73,7%) пациентов употребляют спиртные напитки либо систематически (31,6%), либо привычно (42,1%). Каждый пятый опрошенный больной шизофренией (21,2%) прекратил употребление алкоголя из-за ухудшения здоровья. **Вывод:** высокая частота коморбидности шизофрении и табачной и алкогольной зависимости увеличивает медико-социальную значимость проблемы.

Ключевые слова: шизофрения; курение табака; употребление алкоголя; коморбидность; поведенческие паттерны.

Для цитирования: Светличная Т.Г., Воронов В.А., Смирнова Е.А. Паттерны табачной и алкогольной зависимости у госпитализированных больных шизофренией: медико-социологическое исследование. *Психиатрия*. 2020;18(4):51–62. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-4-51-62>

Конфликт интересов отсутствует

Patterns of Smoking and Alcoholic Addiction in In-Patients with Schizophrenia: Medical and Sociological Study

Svetlichnaya T.G.¹, Voronov V.A.², Smirnova E.A.²

¹Northern State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Arkhangelsk, Russia

²Vologda Regional Psychoneurological Dispensary №1, Cherepovets, Russia

RESEARCH

Summary

Objective: the comorbidity of schizophrenia and tobacco and alcohol addiction modifies the clinical manifestations of both diseases, impairs compliance, increases the risk of aggressive behavior and contributes to the criminalization of patients. In order to study the characteristics of tobacco smoking and alcohol consumption by patients with schizophrenia, we conducted a medical and sociological study of the specified contingent. **Patients and methods:** 104 in-patients with diagnosis of schizophrenia admitted to psychiatric hospital were interviewed in February 2020. All patients participating in the study have reached the age of 18. The research program is presented by the “Questionnaire for the study of smoking and alcoholic behavior in patients with mental disorders”. Evaluation of smoking status included K. Fagerström’s test, A. Leonov’s test “Why do I smoke?” To determine the motivation to smoke, smoking index was calculated to determine the risk of developing COPD, and the AUDIT test was used to assess alcohol consumption. Statistical processing of the results of the questionnaire survey was using the SPSS-17 software. The prevalence of smoking among patients with schizophrenia is high (56.8%). Most (86.4%) of them are heavy (66.1%) and hard-core (20.3%) smokers. A high degree of dependence was revealed, the smoking experience averages 27.6 years, and the number of cigarettes smoked per day ranges from 10–20 and even up to 60 pieces. The patients are characterized by early onset of smoking (15.2 years) and the prevalence of high (47.5%) and medium (18.6%) degrees of nicotine addiction. The prevalence of alcohol consumption among patients with schizophrenia is very high (36.5%). Most (73.7%) patients consume alcohol either regularly

(31.6%) or habitually (42.1%). Every fifth (21.2%) stopped drinking alcohol due to poor health. **Conclusions:** high prevalence of smoking and alcoholic addiction in patients with schizophrenia increases the medico-social significance of this comorbidity.

Keywords: schizophrenia; smoking tobacco; alcohol consumption; comorbidity; behavioral patterns.

For citation: Svetlichnaya T.G., Voronov V.A., Smirnova E.A. Patterns of Smoking and Alcoholic Addiction in In-Patients with Schizophrenia: Medical and Sociological Study. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2020;18(4):51–62. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-4-51-62>

There is no conflict of interest

ВВЕДЕНИЕ

Табакокурение является видом химической зависимости, связанной с вдыханием табачного дыма, содержащего в своем составе психоактивное вещество (ПАВ) никотин, вызывающий привыкание, а затем и физическую зависимость (никотинизм). Никотин, включаясь в обменные процессы организма, воздействует на симпатическую нервную систему. Выброс в кровь адреналина и норадреналина обеспечивает появление ощущения прилива сил, бодрости, уверенности в себе. Происходит повышение артериального давления, учащается дыхание и сердцебиение [1]. Для поддержания такого эффекта требуется постоянное поступление никотина в кровь и клетки. В противном случае организм начинает испытывать «никотиновый голод». Кроме никотина, в табачном дыме содержится множество вредных для организма компонентов: канцерогены, яды, синильная кислота, радиоактивные вещества (полоний, свинец, висмут) [1]. Компоненты табачного дыма обладают выраженной фармакологической активностью, токсичностью, мутагенными, тератогенными, канцерогенными и генотоксическими свойствами [2].

Коэффициенты распространенности курения в разных странах и регионах колеблются в широких пределах. Россия относится к числу стран, где распространенность табачной зависимости является наиболее высокой. Коэффициент курения населения России вдвое превышает аналогичный показатель стран Европейского союза, достигая у мужчин 60,2%, у женщин — 21,7% [3]. Курение табака признано всемирной эпидемией [4].

Никотин и алкоголь усиливают эффект друг друга. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендовала допустимый предел потребления чистого алкоголя в год на душу населения — 8 литров. По оценкам экспертов этот показатель в мире составляет в среднем 14–18 литров в год. Длительное употребление алкоголя оказывает токсическое действие на центральную нервную систему, формирует стойкие и необратимые изменения функций головного мозга, снижает процессы торможения. В результате высвобождаются насильственные импульсы, нарушается деятельность нейротрансмиттеров, возникает дисфункция височной доли, агрессия, специфические изменения личности, нарушается иерархия ценностей [5]. Как следствие формируется стереотип асоциального и даже противоправного поведения [6]. Так, 90% случаев хулиганства, 70% убийств, грабежей, разбойных нападений, нанесение тяжких телесных повреждений,

9% изнасилований совершаются лицами в нетрезвом состоянии.

По данным ученых [7–9], больные шизофренией курят много, а в моче у них определяется содержание более высокого уровня котинина (креатинина в моче), чем у курильщиков, не страдающих шизофренией, но выкуривающих столько же сигарет в день [10]. До 50% больных шизофренией злоупотребляют алкоголем или имеют зависимость от алкоголя [11–13], а риск совершения ими насильственных преступлений увеличивается в 2 раза [5]. Коморбидность шизофрении и злоупотребления широко доступными химическими веществами (табачной и алкогольной аддикции) видоизменяет клинические проявления обоих заболеваний, ухудшает комплаенс, повышает риск возникновения агрессивного поведения и способствует криминализации больных.

Спорным остается вопрос, какое из заболеваний — шизофрения или злоупотребление ПАВ — является первичным. Имеются данные о патогенетической близости злоупотребления ПАВ к эндогенному процессу. Высокая частота коморбидности объясняется общим в патогенезе нарушением передачи дофамина в подкорковых областях мозга [11]. Существует точка зрения о вторичном характере наркологического заболевания у больных шизофренией. По мнению исследователей, психическая патология создает предрасположенность к систематическому употреблению спиртного [14–15]. Изменения в головном мозге возникают до начала употребления ПАВ, а увеличение частоты его употребления приводит к усилению изменений в заинтересованных областях и функциях головного мозга.

Актуальность исследований, посвященных анализу курительного и алкогольного поведения пациентов с диагнозом шизофрения, не вызывает сомнения ввиду высокой коморбидности этих расстройств и их медико-социальной значимости.

Цель исследования: изучение особенностей курения табака и употребления алкоголя в результате проведения медико-социологического исследования госпитализированных больных шизофренией.

Пациенты и методы: исследование выполнено на базе бюджетного учреждения здравоохранения Вологодской области «Вологодский областной психоневрологический диспансер №1» г. Череповца (главный врач В.А. Воронов) в феврале 2020 г. Сплошным методом опрошено 104 госпитализированных больных (56 мужчин и 48 женщин), достигших 18 лет, с установленным диагнозом шизофрения (F20) в соответствии с критериями, установленными МКБ-10. В исследова-

ние оказались включены 100% от всех стационарных пациентов с диагнозом шизофрении. Все пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании, никто не отказался. Настоящая работа представляет собой наблюдательное, аналитическое исследование, по времени — одномоментное.

Проведение исследования одобрено Локальным этическим комитетом Северного государственного медицинского университета и осуществлялось с соблюдением этических принципов Хельсинкской декларации 1964/2013 гг.

Программа исследования представлена специально разработанной «Анкетой для изучения курительного и алкогольного поведения пациентов с психическими расстройствами». Анкета разработана на основе методики «Поэтапного мониторинга факторов риска хронических заболеваний», предложенной ВОЗ (инструмент STEPS) и дополненной сотрудниками ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения РФ (г. Москва). Оценка степени никотиновой зависимости включала тест К. Фагерстрема, определяющий связь между набранными в результате опроса баллами и тяжестью проявления синдрома отмены никотина. Для выявления основных мотивов курения — тест А. Леонова «Почему я курю?», для определения риска развития хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) рассчитывался индекс курения. Для оценки потребления алкоголя использовался тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), разработанный ВОЗ для выявления нарушений, связанных с употреблением алкоголя (скрининг-тест на алкоголизм).

При интерпретации полученных данных учитывали качественные характеристики и рассчитывали количественные показатели. Для статистической обработки результатов анкетного опроса применяли программное обеспечение SPSS-17. Установление 95% доверительных интервалов (ДИ) для частот и долей проводили методом Fisher.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Распределение пациентов по социально-демографическим признакам представлено в табл. 1.

Изученный контингент пациентов представлен как мужчинами (53,8%) так и женщинами (46,2%) трудоспособного возраста (83,7%) со средним уровнем образования (среднее общее — 16,4%, среднее профессиональное — 61,5%), низким социальным (неработающие — 88,5%) и экономическим (доходы ниже прожиточного минимума — 77,9%) статусом. Средний доход больных шизофренией составил 7287,5 руб. Более половины (68,3%) наблюдаются у врача-психиатра более 10 лет и только 2,9% — менее года.

Результаты проведенного нами исследования подтвердили наличие достоверной разницы коррелятов курения между полами (табл. 2). Распространенность

Таблица 1. Социально-демографические характеристики изученных пациентов

Table 1. Socio-demographic characteristics of examined psychiatric patients

| Социально-демографические характеристики/ Socio-demographic characteristics | Значение/ Value, % (n = 104) |
|--|---|
| Пол/Gender мужчины/men женщины/women | 53,8 46,2 |
| Возраст (годы)/Age (years) 18–24 25–34 35–44 45–55 старше 56/over 56 | 3,8 24,2 28,8 26,9 16,3 |
| Трудоспособный возраст/Working age Нетрудоспособный возраст/Retirement age | 83,7 16,3 |
| Образование/Education нет школьного образования/no school education неполное среднее/incomplete secondary среднее общее/secondary general среднее специальное/secondary special незаконченное высшее/incomplete higher высшее/higher | 0,9 17,4 16,4 61,5 1,9 1,9 |
| Занятость/Employment работающий/employed неработающий, в т.ч./unemployed, incl.: безработный/unemployed инвалид/disabled | 11,5 88,5 13,5 75,0 |
| Группа инвалидности/Disability group 2 3 нет/no | 62,5 14,4 23,1 |
| Доход/Income на уровне или ниже прожиточного минимума (11 091 руб.)/at or below the subsistence level (RUB 11,091) от 11 092 руб. до средней зарплаты по региону (38 708 руб.)/from 11,092 rubles to the average salary in the region (RUB 38,708) | 77,9 22,1 |
| Длительность шизофрении/The duration of schizophrenia до 1 года/up to a year 1–5 лет/1–5 years 6–10 лет/6–10 years 11 лет и выше/11 years and above | 2,9 11,5 17,3 68,3 |

курения у обследованных больных шизофренией варьируется от 39,6% у женщин до 71,4% у мужчин ($\chi^2 = 10,68$; $p = 0,001$). При этом 43,3% больных шизофренией никогда не курили. Возраст не влияет на курительное поведение исследуемой группы.

Анализ влияния образования на курение табака больными шизофренией не обнаружил такой зависимости. Пациенты, не имеющие школьного образования (100%) или имеющие неполное (66,7%) или общее (76,5%) среднее образование, статистически чаще курят в отличие от получивших высшее образование (табл. 2). Выявлена широкая вариация показателя распространения табакокурения среди больных шизофренией в зависимости от занятости. Он наиболее высок у неработающих (59,8%), большей частью инвалидов (70,5%). Доходы больных шизофренией и дли-

Таблица 2. Факторы predisposition и их влияние на пристрастие к употреблению табака (%; 95% ДИ) в сравнении с некурящими больными шизофренией**Table 2.** Pre-disposition factors and their effect on prevalence of tobacco use (%; 95% CI) compared to non-smoked patients with schizophrenia

| Показатель/Indicator | Употребляют/Use (n = 59) | Не употребляют/Not to use (n = 45) |
|--|--|---|
| Пол/Gender мужчины/men женщины/women | 71,4 (58,5–81,6) 39,6 (27,0–53,7) | 28,6 (18,4–41,5) 60,4 (46,3–73,0) |
| $\chi^2 = 10,68; p = 0,001$ | | |
| Возраст (годы)/Age (years) 18–24 25–34 35–44 45–55 старше 56 / over 56 | 75,0 (30,1–95,4) 60,0 (40,7–76,6) 50,0 (33,2–66,9) 57,1 (39,1–73,5) 58,8 (36,0–78,4) | 25,0 (4,6–69,9) 40,0 (23,4–59,3) 50,0 (33,2–66,9) 42,9 (26,5–60,9) 41,2 (21,6–64,0) |
| $\chi^2 = 1,71; p = 0,78$ | | |
| Трудоспособный возраст/Working age Нетрудоспособный возраст/Retirement age | 56,3 (45,9–66,3) 58,8 (36,0–78,4) | 43,7 (33,7–54,2) 41,2 (21,6–64,0) |
| $\chi^2 = 0,04; p = 0,848$ | | |
| Образование/Education нет школьного образования/no school education неполное среднее/incomplete secondary общее среднее/secondary general среднее специальное/secondary special незаконченное высшее/incomplete higher высшее/higher | 100 66,7 (43,8–83,7) 76,5 (52,7–90,4) 51,6 (39,6–63,4) 0 0 | 0 33,3 (16,3–56,3) 23,5 (9,6–47,3) 48,4 (36,6–60,4) 100 100 |
| Занятость/Employment работающие (рабочие)/working (workers) неработающий, в т.ч./unemployed, incl. безработный/unemployed инвалид/disabled | 33,3 (13,8–60,9) 59,8 (49,6–69,2) 0 70,5 (59,6–79,5) | 66,7 (39,1–86,2) 40,2 (30,8–50,4) 100 29,5 (20,5–44,4) |
| $\chi^2 = 27,07; p = 0,000$ | | |
| Группа инвалидности/Disability group 2 3 нет/no | 55,4 (43,3–66,8) 60,0 (35,8–80,2) 58,3 (38,8–75,5) | 44,6 (33,2–56,7) 40,0 (19,8–64,3) 41,7 (24,5–61,2) |
| $\chi^2 = 0,14; p = 0,933$ | | |
| Доход/Income на уровне или ниже прожиточного минимума (11 091 руб.)/at or below the subsistence level (RUB 11,091) от 11 092 руб. до средней зарплаты по региону (38 708 руб.)/from 11,092 rubles to the average salary in the region (RUB 38,708) | 56,8 (45,9–67) 56,5 (36,8–74,4) | 43,2 (33,0–54,1) 43,5 (25,6–63,2) |
| $\chi^2 = 0,00; p = 0,981$ | | |
| Длительность заболевания шизофренией/The duration of the incidence of schizophrenia до года/up to a year 1–5 лет/1–5 years 6–10 лет/years old 11 лет и выше/11 years and above | 66,7 (20,8–93,9) 66,7 (39,1–86,2) 55,6 (33,7–75,4) 54,9 (43,4–66,0) | 33,3 (6,2–79,2) 33,3 (13,8–60,9) 44,4 (24,6–66,3) 45,1 (34,1–56,6) |
| $\chi^2 = 0,71; p = 0,871$ | | |

тельность заболевания не оказывают статистически значимого влияния на курительное поведение. Эти данные подтверждают данные других исследований [16, 17], по результатам которых среди больных с коморбидной патологией преобладают люди со средним и средним специальным образованием (81,1%), неработающие (85,1%), имеющие группу инвалидности по психическому заболеванию (75,2%), не состоящие в браке (71%). Больные с «двойным диагнозом» реже получают высшее или среднее образование, чаще являются ин-

валидами 2-й группы и чаще совершают общественно опасные действия.

Наиболее уязвимым к вредному воздействию никотина является подростковый возраст. Вследствие физиологических особенностей подросткового организма химическая зависимость у них формируется вдвое быстрее (за 1,5–2 года), чем у взрослых (3–5 лет), а социальная дезадаптация наступает значительно раньше [18]. Большинство участников настоящего исследования (86,9%) впервые закурили

Таблица 3. Практика курительного поведения больных шизофренией (курящих или ранее куривших), %, 95% ДИ
Table 3. The practice of smoking behavior in patients with schizophrenia (smokers or previously smokers), %, 95% CI

| Социально-демографические переменные/Socio-demographic variables | Доля от курящих или ранее куривших/ Percentage of smokers or previous smokers |
|---|--|
| Дебют потребления табачных изделий ($n = 84$)/Debut of consumption of tobacco products ($n = 84$) | |
| 6 лет (дошкольный возраст)/6 years old (preschool age) | 1,2 (0,2–6,4) |
| 7–13 лет (школьный возраст)/7–13 years old (school age) | 14,3 (8,4–23,3) |
| 14–17 лет (пубертатный возраст)/14–17 years old (puberty) | 71,4 (61,0–80,0) |
| 18–20 год (юношеский период)/18–20 years (adolescence) | 13,1 (7,5–22,0) |
| Сумма, затрачиваемая на табачные изделия (в мес.) ($n = 59$)/Amount spent on tobacco products (in months) ($n = 59$) | |
| до 1000 руб./up to 1000 rubles | 1,7 (0,3–9,0) |
| 1000–3000 руб./1000–3000 rubles | 79,7 (67,7–88,0) |
| 3100–6000 тыс. руб./3100–6000 rubles | 18,6 (10,7–30,4) |
| Сумма, затрачиваемая на лекарства (в мес.) курящими больными ($n = 59$)/The amount spent on medicines (in months) by in-patients-smokers ($n = 59$) | |
| до 1000 руб./up to 1000 rubles | 15,2 (8,2–26,5) |
| 1000–3000 руб./1000–3000 thousand rubles | 67,8 (55,1–78,3) |
| не тратят (нет средств на покупку лекарств или льготные лекарства)/do not spend (no funds to buy medicines or preferential medicines) | 17,0 (9,5–28,5) |
| Сумма, затрачиваемая на лекарства (в мес.) не курящими ($n = 45$)/The amount spent on medicines (in months) by non-smokers ($n = 45$) | |
| до 1000 руб./up to 1000 rubles | 46,7 (32,9–60,9) |
| 1000–3000 руб./1000–3000 rubles | 51,1 (37,0–65,0) |
| не тратят (нет средств на покупку лекарств или льготные лекарства)/do not spend (no funds to buy medicines or preferential medicines) | 2,2 (0,4–11,6) |
| $\chi^2 = 15,14; p = 0,000$ | |
| Сумма, затрачиваемая на лекарства (в мес.). Всего ($n = 104$)/Amount spent on medications (in months). Total ($n = 104$) | |
| до 1000 руб./up to 1000 rubles | 28,8 (21,0–38,2) |
| 1000–3000 руб./1000–3000 rubles | 60,6 (51,0–69,4) |
| не тратят (нет средств на покупку лекарств или льготные лекарства)/do not spend (no funds to buy medicines or preferential medicines) | 10,6 (6,0–18,0) |

в возрасте 14–17 лет (71,4%), 7–13 лет (14,3%) и даже в 6 лет (1,2%) (табл. 3).

Среднее количество сигарет, выкуриваемых в течение дня, составило 21,9 штуки, а затраты на покупку табачных изделий — 2350 руб. ежемесячно, тогда как на лекарственные средства курящие тратят 1295,76 руб., некурящие — 826,67 руб., что значимо ($\chi^2 = 15,14; p = 0,000$) меньше, обе группы — 1052,32 руб.

Таблица 4. Индекс курильщика больных шизофренией, %, 95% ДИ
Table 4. Smoker index of schizophrenic patients, %, 95% CI

| Показатель/Indicator | Значение переменных/ Variable value ($n = 59$) |
|--|---|
| До 10 — норма/Up to 10 — the norm | 11,9 (5,9–22,5) |
| 10–20 — риск развития ХОБЛ/The risk of developing COPD | 18,6 (10,7–30,4) |
| 20–30 — наблюдаются признаки обструктивных процессов в легких с риском перехода в онкологическое заболевание/The smoker has signs of obstructive processes in the lungs, with risk cancer transformation | 30,5 (20,3–43,2) |
| Свыше 30 — признак роста раковых клеток в легких/Over 30 is a sign of cancer cell growth in the lungs | 39,0 (27,6–51,7) |

Весьма информативным показателем, отражающим характер курительного поведения, является оценка объема потребления сигарет в день. С учетом этого признака все опрошенные были разделены на три группы лиц, курящих:

- 1) менее 10 сигарет в день — 13,6%;
- 2) от 10 до 20 сигарет в день — 66,1%;
- 3) более 20 сигарет в день — 20,3%.

Для более точного представления о выраженности табачной зависимости, помимо количества выкуриваемых сигарет в день, мы изучили и такой паттерн курительного поведения, как выкуривание первой сигареты сразу после утреннего пробуждения. Выкуривающие первую сигарету в течение первого получаса после пробуждения (79,7%) выкуривают большее количество сигарет в целом (22 против 10).

Для определения риска развития ХОБЛ у таких пациентов мы рассчитали индекс курильщика по формуле: пачка/лет = число сигарет, выкуриваемых в день \times количество лет курения/20 (количество сигарет в пачке). Средний показатель пачка/лет составил 28,9, что указывает на крайне высокий риск развития ХОБЛ у большинства (88,1%) пациентов этой группы (табл. 4).

При изучении степени никотиновой зависимости (табл. 5) оказалось, что более чем у половины (66,1%) курящих сформирована зависимость от никотина:

Таблица 5. Анализ степени никотиновой зависимости больных шизофренией, %, 95% ДИ ($n = 59$)
Table 5. Analysis of the degree of nicotine addiction in schizophrenic patients, %, 95% CI ($n = 59$)

| Социально-демографические переменные/ Socio-demographic variables | Слабая зависимость/ Weak dependence | Средняя зависимость/ Moderate relationship | Высокая зависимость/ High dependence |
|--|---|---|--|
| Пол/Gender мужчины/men женщины/women | 30,0 (18,1–45,4) 42,1 (23,1–63,7) | 20,0 (10,5–34,8) 15,8 (5,5–37,6) | 50,0 (35,2–64,8) 42,1 (23,1–63,7) |
| $\chi^2 = 0,85$; $p = 0,654$ | | | |
| Возраст (годы)/Age (years) | | | |
| 18–24 | 33,3 (6,2–79,2) | 0 | 66,7 (20,8–93,9) |
| 25–34 | 20,0 (7,1–45,2) | 40,0 (19,8–64,3) | 40,0 (19,8–64,3) |
| 35–44 | 40,0 (19,8–64,3) | 20,0 (7,1–45,2) | 40,0 (19,8–64,3) |
| 45–55 | 50,0 (28,0–72,0) | 12,5 (3,5–36,0) | 37,5 (18,5–61,4) |
| старше 56/over 56 | 20,0 (5,7–51,0) | 0 | 80,0 (49,0–94,3) |
| Длительность шизофрении/The duration of schizophrenia до года/up to a year 1–5 лет/1–5 years 6–10 лет/years old 11 лет и выше/11 years and above | 0 25,0 (7,2–59,1) 20,0 (5,7–51,0) 41,0 (27,1–56,6) | 50,0 (9,5–90,6) 50,0 (21,5–78,5) 10,0 (1,8–40,4) 12,8 (5,6–26,7) | 50,0 (9,5–90,6) 25,0 (7,2–59,1) 70,0 (39,7–89,2) 46,2 (31,6–61,4) |
| Всего/Total | 33,9 (23,1–46,6) | 18,6 (10,7–30,4) | 47,5 (35,3–60,0) |

Таблица 6. Мотивация курения больных шизофренией, %, 95% ДИ ($n = 59$)
Table 6. Motivation for smoking in schizophrenic patients, %, 95% CI ($n = 59$)

| Мотив курения/The motive for smoking | Низкий уровень зависимости/ Low level of addiction | Средний уровень зависимости/ Average level of dependency | Высокий уровень зависимости/ High level of addiction | Сильная зависимость/ Strong dependence |
|---|--|--|--|---|
| Стимулирование активности/The stimulation of activity | 13,6 (7,0–24,5) | 6,8 (2,7–16,2) | 42,4 (30,6–55,1) | 37,2 (26,1–50,1) |
| Актуальность манипуляции с сигаретой/Relevance of manipulation with a cigarette | 20,3 (12,0–32,3) | 15,3 (8,2–26,5) | 28,8 (18,8–41,4) | 35,6 (24,6–48,3) |
| Раскрепощение, которое курящий получает от сигарет/The liberation that a smoker gets from cigarettes | 3,4 (0,9–11,5) | 0 | 37,2 (26,1–50,1) | 59,4 (46,6–70,9) |
| Показатель внутреннего напряжения/The indicator of internal stress | 18,6 (10,7–30,4) | 0 | 25,5 (16,1–37,8) | 55,9 (43,3–67,9) |
| Психологическая зависимость от сигареты/Psychological dependence on cigarettes | 8,5 (3,7–18,4) | 6,8 (2,7–16,2) | 35,6 (24,6–48,3) | 49,1 (36,8–61,6) |
| Зависимость на биохимическом уровне/Dependence on the biochemical level | 28,8 (18,8–41,4) | 13,6 (7,0–24,5) | 37,2 (26,1–50,1) | 20,3 (12,0–32,3) |
| $\chi^2 = 51,11$; $p = 0,000$ | | | | |

сильная (47,5%) и средняя (18,6%), а у каждого третьего (33,9%) пока еще слабая.

Не выявлены гендерные различия в степени зависимости от никотина. Отмечены высокие показатели зависимости во всех возрастных группах. Возможно, зависимость формировалась в течение жизни у пациентов старших возрастных групп. В молодежной среде наблюдается быстрое распространение употребления более агрессивного табачного продукта (курительный табак, бездымный табак, электронные сигареты и т.д.), вызывающего более быстрое привыкание [19].

Выявлено раннее начало (15,2 года) и длительный стаж (27,6 года) курения больных шизофренией. Эти факторы способствуют развитию табачной зависимости [1, 20]. По нашим данным, половина (49%) курящих пыталась самостоятельно избавиться от этой зависимости, но не преуспела в этом, а каждый десятый (13,6% от курящих) даже не пытался этого сделать. Сотрудники медицинских учреждений информировали

практически всех (94,9%) курящих о вреде никотина для здоровья.

Для исследования мотивации курения мы использовали тест «Почему я курю» разработанный А. Леоновым (табл. 6).

Практически по всем показателям у больных шизофренией сформирована сильная и очень сильная психологическая зависимость от никотина. В качестве основного мотива курения указывается успокаивающий эффект никотина (96,6%).

Более чем у половины (65,5%) больных шизофренией сформировалась зависимость от ПАВ (табл. 7). Они употребляют табачную (28,9%) и алкогольную (8,7%) продукцию, оба вида аддикции сформированы у каждого третьего (27,9%) больного. Не употребляет алкоголь и табачную продукцию каждый третий (34,5%) больной шизофренией, при этом 21,2% ранее прекратили употребление алкоголя из-за ухудшения здоровья (табл. 9). По нашим данным, распространенность употребления алкоголя среди больных шизофренией

Таблица 7. Соотношение потребления алкогольной продукции и табачных изделий больными шизофренией, %, 95% ДИ ($n = 104$)**Table 7.** The ratio of consumption of alcoholic beverages and tobacco products by patients with schizophrenia, %, 95% CI ($n = 104$)

| Потребляют алкогольную и табачную продукцию/They consume alcohol and tobacco products | Потребляют табачную продукцию/Consumes tobacco products | Потребляют алкогольную продукцию/Consumes alcoholic beverages | Не потребляют ни алкогольную, ни табачную продукцию/They do not consume alcohol or tobacco products |
|---|---|---|---|
| 279 (20,2–37,2) | 28,9 (21,0–38,2) | 8,7 (4,6–15,6) | 34,5 (26,2–44,2) |

Таблица 8. Факторы predisposition и их влияние на распространенность употребления алкоголя больными шизофренией, %, 95%ДИ**Table 8.** Pre-disposition factors and their influence on the prevalence of alcohol use in patients with schizophrenia, %, 95% CI

| Показатель/Indicator | Употребляют/Use ($n = 38$) | Не употребляют/No use ($n = 66$) |
|--|--|--|
| Пол/Gender мужчины/men женщины/women | 46,4 (34,0–59,3) 25,0 (14,9–38,8) | 53,4 (40,7–66,0) 75,0 (61,2–85,1) |
| $\chi^2 = 5,12; p = 0,02$ | | |
| Возраст (годы)/Age (years) 18–24 25–34 35–44 45–55 старше 56/over 56 | 50,0 (15,0–85,0) 28,0 (14,3–47,6) 36,7 (21,9–54,5) 37,9 (22,7–56,0) 43,8 (23,1–66,8) | 50,0 (15,0–85,0) 72 (52,4–85,7) 63,3 (45,5–78,1) 62,1 (44,0–77,3) 56,2 (33,2–76,9) |
| $\chi^2 = 1,48; p = 0,829$ | | |
| Трудоспособный возраст/Working age Нетрудоспособный возраст/Retirement age | 35,2 (26,1–45,6) 43,8 (23,1–66,8) | 64,8 (54,4–73,9) 56,2 (33,2–76,9) |
| $\chi^2 = 0,42; p = 0,514$ | | |
| Образование/Education нет школьного образования/no school education неполное среднее/incomplete secondary среднее общее/secondary general среднее специальное/secondary special незаконченное высшее/incomplete higher высшее/higher | 0 50,0 (29,0–71,0) 47,1 (26,2–69,0) 32,8 (22,6–45,0) 0 0 | 100 50,0 (29,0–71,0) 52,9 (31,0–73,8) 67,2 (55,0–77,4) 100 100 |
| Занятость/Employment работающие (рабочие)/working (workers) неработающий, в т.ч./unemployed, incl. безработный/unemployed инвалид/disabled | 25,0 (8,9–53,2) 38,0 (28,8–48,3) 0 44,9 (34,3–55,9) | 75,0 (46,8–91,1) 62,0 (51,8–71,2) 100 55,1 (44,1–64,7) |
| (Рабочие, безработные, инвалиды)/(Workers, unemployed, disabled) $\chi^2 = 11,09; p = 0,003$ (Работающие, неработающие)/(Working, unemployed, incl.) $\chi^2 = 0,32; p = 0,572$ | | |
| Группа инвалидности/Disability group 2 3 нет/по | 35,4 (24,9–47,5) 40,0 (19,8–64,3) 37,5 (21,2–57,3) | 64,6 (52,5–75,1) 60,0 (35,8–80,2) 62,5 (42,7–78,8) |
| $\chi^2 = 0,12; p = 0,939$ | | |
| Доход/Income на уровне или ниже прожиточного минимума (11 091 руб.)/at or below the subsistence level (RUB 11,091) от 11 092 руб. до средней зарплаты по региону (38 708 руб.)/from 11,092 rubles to the average salary in the region (RUB 38,708) | 39,5 (29,6–50,4) 26,1 (12,6–46,5) | 60,5 (49,6–70,4) 73,9 (53,5–87,5) |
| $\chi^2 = 1,39; p = 0,238$ | | |
| Длительность заболеваемости шизофренией/The duration of the incidence of schizophrenia до года/up to a year 1–5 лет/1–5 years 6–10 лет/6–10 years old 11 лет и выше/11 years and above | 33,3 (6,2–79,2) 33,3 (13,8–60,9) 50,0 (29,0–71,0) 33,8 (23,9–45,4) | 66,7 (20,8–93,9) 66,7 (39,1–86,2) 50,0 (29,0–71,0) 66,2 (54,6–76,1) |
| $\chi^2 = 1,70; p = 0,636$ | | |

Таблица 9. Практика потребления алкогольных напитков больных шизофренией (потребляющих или ранее потреблявших алкоголь), %, 95% ДИ**Table 9.** The practice of consuming alcoholic beverages in schizophrenic patients (consuming or previously consuming alcohol), %, 95% CI

| Социально-демографические переменные/Socio-demographic variables | Значение переменных/ Variable value |
|--|---|
| Дебют потребления алкогольной продукции/Debut of alcohol consumption (<i>n</i> = 102) 7–13 лет (школьный возраст)/7–13 years old (school age) 14–17 лет (пубертатный возраст)/14–17 years old (puberty) 18–20 год (юношеский период)/18–20 years (adolescence) 21 и старше/21 and older | 12,8 (7,6–20,6) 55,8 (46,2–65,1) 22,6 (15,5–31,6) 8,8 (4,7–15,9) |
| Прекращали ли вы употребление алкоголя по состоянию здоровья/Have you stopped drinking alcohol for health reasons (<i>n</i> = 104) да/yes нет/no | 21,2 (14,4–30,0) 78,8 (70,0–85,63) |
| Неспособность выполнять повседневные дела из-за влияния/Inability to perform everyday tasks due to the influence of alcohol (<i>n</i> = 38) да/yes нет/no | 63,2 (47,3–76,6) 36,8 (23,4–52,7) |
| Принятие спиртных напитков на следующий день после потребления/Drinking alcohol the next day after consumption (<i>n</i> = 38) да/yes нет/no | 65,8 (49,9–78,8) 34,2 (21,2–50,1) |
| Наличие проблем в семье из-за употребления алкоголя кем-то еще/Having family problems due to someone else drinking alcohol (<i>n</i> = 104) да/yes нет/no | 33,7 (25,3–43,2) 66,3 (56,8–74,7) |
| Сумма, затрачиваемая на алкогольную продукцию (в мес.)/The amount spent on alcoholic beverages (per month) (<i>n</i> = 38) до 1000 руб./up to 1000 rubles 1000–3000 руб./1000–3000 rubles 3100–6000 руб./3100–6000 rubles | 34,2 (21,2–50,1) 60,5 (44,7–74,4) 5,3 (1,5–17,3) |
| Сумма, затрачиваемая на лекарства (в мес.) потребляющими алкоголь/The amount spent on medications (in months) by alcohol users (<i>n</i> = 38) до 1000 руб./up to 1000 rubles 1000–4000 руб./1000–4000 rubles не тратят (нет средств на покупку лекарств или льготные лекарства)/do not spend (no funds to buy medicines or preferential medicines) | 31,6 (19,1–47,5) 47,4 (32,5–62,7) 21,0 (11,1–36,4) |
| Сумма, затрачиваемая на лекарства (в мес.) не потребляющими алкоголь/The amount spent on medicines (in months) by non-alcohol users (<i>n</i> = 66) до 1000 руб./up to 1000 rubles 1000–3000 руб./1000–3000 rubles не тратят (нет средств на покупку лекарств или льготные лекарства)/do not spend (no funds to buy medicines or preferential medicines) | 25,8 (16,8–37,4) 69,6 (57,8–79,5) 4,6 (1,6–12,5) |
| $\chi^2 = 8,46; p = 0,014$ | |

является весьма высокой, составляя 36,5%. Не выявлено достоверной разницы коррелятов алкоголизации между мужчинами и женщинами (табл. 8). Распространенность употребления алкоголя во всех возрастных группах достаточно высока. Показатель варьирует от 50% в 18–24 года до 43,8% в старше 56 лет.

Не установлено статистически значимых различий в распространенности употребления спиртных напитков у больных шизофренией, имеющих разный трудовой статус (см. табл. 8). Вместе с тем минимальное значение показателя отмечено у работающих пациентов (25%) и максимальное — у инвалидов (44,9%) третьей группы (40%). Наблюдающиеся расхождения обусловлены тяжестью основного заболевания и отсутствием возможности трудоустройства данной категории граждан. Так, имея третью группу инвалидности (14,4%), работают только 13,3% из их числа. Распространенность

употребления алкоголя в группах с разным уровнем образования практически одинакова. Уровень доходов и длительность лечения у врача-психиатра не имеет статистически значимых различий (см. табл. 8).

Информативным показателем, отражающим сформировавшуюся у больных шизофренией потребность в алкоголе, является частота употребления спиртных напитков. С учетом этого признака и на основании классификации, предложенной Э.Е. Бехтелем [21], все исследуемые нами были объединены в четыре группы, употребляющие алкоголь:

- 1) эпизодически (1 раз в месяц) — 26,3%;
- 2) умеренно (2–4 раза в месяц) — 0%;
- 3) систематически (1–2 раза в неделю) — 31,6%;
- 4) привычно (3–6 раз в неделю) — 42,1%.

По нашим данным, интенсивность употребления алкоголя больными шизофренией весьма высока.

Таблица 10. Оценка риска потребления алкоголя больными шизофренией, %, 95% ДИ ($n = 104$)
Table 10. Assessment of the risk of alcohol consumption in patients with schizophrenia, %, 95% CI ($n = 104$)

| Социально-демографические переменные/ Socio-demographic variables | Низкий уровень риска/Low risk | Угрожающее здоровью потребление/ Health-threatening consumption | Злоупотребление/ Abuse | Зависимость/ Dependence |
|---|--------------------------------------|---|----------------------------------|----------------------------|
| Пол/Gender мужчины/men женщины/women | 73,2 (60,4–83,0) 93,7 (83,2–97,9) | 0 4,2 (1,2–14,0) | 5,4 (1,8–14,6) 2,1 (0,4–10,9) | 21,4 (12,7–33,8) 0 |
| Возраст (годы)/Age (years) | | | | |
| 18–24 | 75,0 (30,1–95,4) | 0 | 0 | 25,0 (4,6–69,9) |
| 25–34 | 80,0 (60,9–91,1) | 0 | 4,0 (0,7–19,5) | 16,0 (6,4–34,7) |
| 35–44 | 79,9 (62,7–90,5) | 6,7 (1,9–21,3) | 6,7 (1,9–21,3) | 6,7 (1,9–21,3) |
| 45–55 | 89,6 (73,6–96,4) | 0 | 3,5 (0,6–17,2) | 6,9 (1,9–22,0) |
| Старше 56/over 56 | 81,2 (57,0–93,4) | 0 | 0 | 18,8 (6,6–43,0) |
| Длительность заболевания шизофренией/ The duration of the incidence of schizophrenia | | | | |
| до года/up to a year | 100 | 0 | 0 | 0 |
| 1–5 лет/1–5 years | 83,3 (55,2–95,3) | 0 | 0 | 16,7 (4,7–44,8) |
| 6–10 лет/years old | 77,8 (54,8–91,0) | 5,6 (1,0–25,8) | 0 | 16,6 (5,8–39,2) |
| 11 лет и выше/11 years and above | 3,1 (72,7–90,1) | 1,4 (0,3–7,6) | 5,6 (2,2–13,6) | 9,9 (4,9–19,0) |
| Всего | 82,7 (74,3–88,8) | 1,9 (0,5–6,7) | 3,9 (1,5–9,5) | 11,5 (6,7–19,1) |

Большинство из них (73,7%) употребляют алкоголь систематически (31,6%) и даже привычно (42,1%). На следующий день после распития более половины (63,2%) не способны выполнять свои повседневные дела, наблюдаются признаки интоксикации, и для нормальной жизнедеятельности им (65,8%) требуется повторный прием спиртных напитков.

Учитывая то, что оба эти диагноза чаще устанавливаются в молодом возрасте [5, 22], оказывая влияние на функции, лежащие в основе гибкого, целенаправленного поведения (планирование, внимание, смену установок, торможение конкурирующих моделей поведения, оперативную память), они формируют враждебный, атрибутивный стиль мышления, тесно связанный с бредом, враждебностью и неспособностью распознавать эмоции [5]. Все это усиливает агрессивные тенденции таких пациентов, увеличивая риск совершения ими насильственных преступлений более чем в 2 раза, которые отличаются большой разрушительной силой, внезапностью, жестокостью [23], извращениями полового влечения [24]. По нашим данным, большинство (68,6%) больных шизофренией впервые попробовали спиртные напитки очень рано: в 14–17 лет (55,8%) и 7–13 лет (12,8%) (см. табл. 9). С.Н. Дубинин [25] приводит примеры еще более раннего приобщения к спиртным напиткам. Так, «в детских садах пробовали пиво 23–34% девочек и 32–43% мальчиков, вино 13–26% и 21–27%, а водку 7–13% и 11–16% соответственно. Уже в этом возрасте вино понравилось 13% девочек и 16% мальчиков».

Затраты на покупку алкогольной продукции составляют 1482,9 руб. ежемесячно, тогда как на лекарственные средства употребляющие тратят 922,37 руб., не употребляющие 933,33 руб., обе группы — 927,85 руб.

При оценке риска потребления алкоголя больными шизофренией выявлен низкий уровень зависимости, что, скорее всего, обусловлено включением в опрос

лиц, не употребляющих в течение последнего года алкогольные напитки. При этом 21,2% (см. табл. 9) перестали употреблять по состоянию здоровья, и не исключают возможность вновь вернуться к пагубной привычке. 17,3% имеют риск возникновения нарушения физического здоровья (табл. 10).

Дополнительно был задан открытый вопрос о мотивах потребления табачной и алкогольной продукции. Результаты распределили в три группы (табл. 11). Ведущее место среди мотивов потребления ПАВ занимает потребность больных шизофренией в изменении своего состояния. Так, большинство (86,5% и 92,1% соответственно) употребляют ПАВ с целью изменения эмоционального состояния. Каждый третий (35,6%) курит, а каждый второй (57,9%) употребляет алкогольные напитки для устранения тревоги, дискомфорта. Еще столько же (35,6%) курят и вдвое меньше (23,7%) потребляют алкоголь для получения удовольствия. С помощью употребления ПАВ (15,3% курения табака и 10,5% потребление алкоголя) пытаются вызвать состояние возбуждения, повысить самооценку, тонус.

Значительно меньше (с помощью табака 11,8% и этанола 2,6%) пытаются произвести впечатление на окружающих, и оставшиеся 1,7% курят и 5,3% потребляют алкогольную продукцию с целью «заглушить голоса» и т.д.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные проведенного исследования подтверждают низкое социальное, образовательное, профессиональное функционирование больных шизофренией. В совокупности с социально-экономическими трудностями, подверженностью к девиантному поведению [26–27] риск развития злоупотребления ПАВ увеличивается. Основным мотивом потребления никотина и этанола является уменьшение симптомов психического рас-

Таблица 11. Мотивы потребления алкоголя и курения табака больными шизофренией, %, 95% ДИ
Table 11. Motives of alcohol consumption and tobacco smoking in schizophrenic patients, %, 95% CI

| Тип мотивации/Type of motivation | Курение/Smoking (n = 59) | Алкоголь/Alcohol (n = 38) |
|--|---|---|
| Социально-психологический/Socio-psychological псевдокультуральный/pseudo-cultural | 11,8 (5,9–22,5) | 2,6 (0,5–13,5) |
| Потребность в изменении состояния/The need for a state change атарактический/ataractic гедонистический/hedonistic активации поведения/the activation behavior | 35,6 (24,6–48,3) 35,6 (24,6–48,3) 15,3 (8,2–26,5) | 57,9 (42,2–72,2) 23,7 (13,0–39,2) 10,5 (4,2–24,1) |
| Психотический/Psychotic | 1,7 (0,3–9,0) | 5,3 (1,5–17,3) |
| $\chi^2 = 7,38; p = 0,117$ | | |

стройства и/или уменьшения побочных эффектов лекарственных средств. С помощью ПАВ они пытаются смягчить чувство тревоги, эмоциональных расстройств и неприятных переживаний. Табачные изделия и этанол становятся единственно доступным и основным инструментом, но в тоже время деструктивным копингом для больных шизофренией.

Несмотря на полученные в научных исследованиях результаты высокой частоты зависимости от ПАВ у больных шизофренией, наибольшую актуальность сохраняет проблема разработки способов предупреждения данного негативного явления. Медицинским работникам, работающим в сотрудничестве со специалистами смежных профессий — психологами, педагогами, социологами и представителями основных религиозных конфессий, принадлежит ведущая роль в разработке данной научной проблемы.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Миронов ВА. Исследование распространенности курения в Петропавловске-Камчатском. *Вестник Камчатского государственного технического университета*. 2015;32:53–57. DOI: 10.17217/2079-0333-2015-32-53-57
Mironov VA. Study of smoking prevalence in Petropavlovsk-Kamchatsky. *Vestnik Kamchatskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta*. 2015;32:53–57. DOI: 10.17217/2079-0333-2015-32-53-57 (In Russ.).
2. Дюбкова ТП. Влияние табачного дыма на репродуктивное здоровье женщин. *София*. 2017;1:33–42.
Djubkova TP. Impact Of Tobacco Smoke On Women's Reproductive Health. *Sofija*. 2017;1:33–42. (In Russ.).
3. Махов МА. Коморбидность алкогольной и никотиновой зависимости. *Наркология*. 2014;(6):91–101.
Mahov MA. Comorbidity of alcohol and nicotine dependency. *Narcology*. 2014;(6):91–101. (In Russ.).
4. Гамбарян МГ, Драпкина ОМ. Распространенность потребления табака в России: динамика и тенденции. Анализ результатов глобальных и национальных опросов. *Профилактическая медицина*. 2018;21(5):45–62. DOI: 10.17116/profmed20182105145
Gambarjan MG, Drapkina OM. Prevalence of prevalence of tobacco consumption in Russia: dynamics and trends. Analysis of global and national survey results. *Profilakticheskaya meditsina*. 2018;21(5):45–62. DOI: 10.17116/profmed20182105145 (In Russ.).
5. Хмара НВ, Цитко АН, Коваленко ДА. Шизофрения и употребление алкоголя. *Проблемы здоровья и экологии*. 2016;3(49):110–113. eLIBRARY ID: 26717239
Hmara NV, Citko AN, Kovalenko DA. Schizophrenia and alcohol abuse. *Problems of health and ecology* 2016;3(49):110–113. eLIBRARY ID: 26717239 (In Russ.).
6. Nurco DN, Kinlock TW, Hanlon TE. Crime and Drugs. *Encyclopedia of Drugs, Alcohol, and Addictive Behavior*. 2001;1:364–371.
7. Голенков АВ, Козлов ВА, Сапожников СП, Трофимова ИН, Михайлов ИВ. Клинико-психологическое исследование табачной зависимости у больных алкоголизмом. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2015;4(2):40–45. DOI: 10.17116/jnevro20151154240-45
Golenkov AV, Kozlov VA, Sapozhnikov SP, Trofimova IN, Mihajlov IV. A clinical and psychological study of tobacco dependence in patients with alcoholism. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2015;4(2):40–45. DOI: 10.17116/jnevro20151154240-45 (In Russ.).
8. Shashi K Agarwal Smoking in Institutionalized Schizophrenic Patients. *Medical Science*. 2017;21(84):91–95.
9. Сперанская ОИ, Качаева МА, Трущелёв СА. Никотиновая зависимость у больных шизофренией: клинико-патогенетический аспект и влияние на лечение. *Российский психиатрический журнал*. 2018;4:40–47. DOI: 10.24411/1560-957X-2018-1%25x
Speranskaja OI, Kachaeva MA, Trushhel'jov SA. Nicotine dependence in patients with schizophrenia: the clinical and pathogenetic aspects and influence on treatment. *Russian journal of psychiatry*. 2018;4:40–47. DOI: 10.24411/1560-957X-2018-1%25x (In Russ.).
10. Olincy A, Young DA, Freedman R. Increased levels of the nicotine metabolite cotinine in schizophrenic smokers compared to other smokers. *Biol. Psychiatry*. 1997;42:1–5. DOI: 10.1016/S0006-3223(96)00302-2
11. Кучер ОЕ, Егоров АЮ, Черникова НА. Ранняя социальная изоляция увеличивает предпочтение алкоголя в эксперименте. *Журнал неврологии и психиатрии*.

- трии имени С.С. Корсакова. 2016;116(4):52–57. DOI: 10.17116/jnevro20161164152–57
- Kucher OE, Egorov AJu, Chernikova NA. Early social isolation increases alcohol preference in experiment. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2016;116(4):52–57. DOI: 10.17116/jnevro20161164152–57 (In Russ.).
12. Карташова ЭВ, Самойлова ДД. Проблемы коморбидности аддиктивного поведения при подростковой шизофрении. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2017;7(6):1175–1179. eLIBRARY ID: 29981432
Kartashova JeV, Samojlova DD. Problems of comorbidity of addictive behavior in adolescent schizophrenia. *Bjulleten' medicinskih Internet-konferencij*. 2017;7(6):1175–1179. eLIBRARY ID:29981432 (In Russ.).
13. Булейко АА, Никонова НВ. Ассоциация типа воспитания с риском коморбидности шизофрении и алкогольной зависимости. Материалы региональной научной конференции «Психиатрия — медицина и искусство». Ростов-на-Дону. 2019;19–22. eLIBRARY ID:41408473
Bulejko AA, Nikonova NV. Association of parenting type with risk of comorbidity schizophrenia and alcohol dependence. *Materialy regional'noj nauchnoj konferencii «Psihiatrija — medicina i iskusstvo»*. Rostov-na-Donu. 2019;19–22. eLIBRARY ID: 41408473 (In Russ.).
14. Овсянников МВ. Основные типы аддиктивных расстройств у больных шизофренией. *Известия ВУЗ Северо-Кавказский регион*. 2006;(4):78–79.
Ovsyannikov MV. Osnovnye tipy addiktivnyh rasstrojstv u bolnyh shizofreniej. *Izvestiya vuz Severo-Kavkazskij region*. 2006;(4):78–79. (In Russ.).
15. Olsen VV. The somatic marker theory in the context of addiction: contributions to understanding development and maintenance. *Psychology research and behavior management*. 2015;8:187. DOI: 10.2147/PRBM.S68695
16. Гофман АГ. Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом (клиническая картина и лечение). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2008;10(3):23–27. eLIBRARY ID: 11631547
Gofman AG. Schizophrenia combined with alcoholism (clinical picture and treatment). *Psychiatry and psychopharmacotherapy*. 2008;10(3):23–27. eLIBRARY ID: 11631547 (In Russ.).
17. Добровольская АЕ, Софронов АГ, Пашковский ВЭ, Тявокина ЕЮ, Прокопович ГА. Анализ поступлений больных шизофренией, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками в соматический стационар. Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции «Скорая медицинская помощь — 2013». 2013:58–59. eLIBRARY ID: 26479004
Dobovol'skaja AE, Sofronov AG, Pashkovskij VJe, Tjavokina EJu, Prokopovich GA. Analysis of receipts of patients with schizophrenia who abuse alcohol and drugs to the somatic hospital. *Sbornik tezisov Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii «Skoraja medicinskaja pomoshh' — 2013»*. 2013:58–59. eLIBRARY ID: 26479004 (In Russ.).
18. Волкова ЕВ. Особенности патологического влечения у больных алкоголизмом с возбудимыми чертами личности в преморбиде (клиника, терапия). *Наркология*. 2007;5:43–49. eLIBRARY ID: 9523241
Volkova EV. Special features of pathological drive in alcoholic patients with excitable traits in premorbidae. *Narcology*. 2007;5:43–49. eLIBRARY ID: 9523241 (In Russ.).
19. Сахарова ГМ, Антонов НС, Донитова ВВ. Глобальное обследование об употреблении табака среди молодежи в возрасте 13–15 лет. *Медицина*. 2016;4:1–12. eLIBRARY ID:28287418
Saharova GM, Antonov NS, Donitova VV. Global youth tobacco survey (ages 13–15). *Medicine*. 2016;4:1–12. eLIBRARY ID:28287418 (In Russ.).
20. Махов МА, Надеждин АВ. Клинические особенности табачной зависимости у больных алкоголизмом. *Наркология*. 2016;1:39–50. eLIBRARY ID:25482231
Mahov MA, Nadezhdin AV. Clinical features of tobacco dependence in patients with alcoholism. *Narcology*. 2016;1:39–50. eLIBRARY ID: 25482231 (In Russ.).
21. Бехтель ЭЕ. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М. Медицина, 1986:271.
Behtel' JeE. Prenosological forms of alcohol abuse. M. Medicina, 1986:271. (In Russ.).
22. Wilcox CE. Neural circuitry of impaired emotion regulation in substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2016;173(4):344–361. DOI: 10.1176/appi.аджп.2015.15060710
23. Илюк РД, Громыко ДИ, Берно-Беллекур ИВ, Крупицкий ЕМ, Киселев АС. Особенности агрессии и гнева при зависимостях от различных психоактивных веществ. Пособие для врачей. СПб. 2012.
Iljuk RD, Gromyko DI, Berno-Bellekur IV, Krupickij EM, Kiselev AS. Features of aggression and anger in dependence on various psychoactive substances. *Manual for doctors*. SPb. 2012. (In Russ.).
24. Климова ИЮ, Овчинников АА. Клинико-динамические аспекты коморбидности шизофрении с синдромом зависимости от употребления каннабиоидов. *Медицина и образование в Сибири*. 2015;6:1–27. eLIBRARY ID:25940235
Klimova IJu, Ovchinnikov AA. Clinical and dynamic aspects of comorbidity of schizophrenia at patients with cannabinoid abuse syndrome. *Medicina i obrazovanie v Sibiri*. 2015;6:1–27. eLIBRARY ID:25940235 (In Russ.).
25. Дубинин СН. Алкоголизм как одна из форм девиантного поведения несовершеннолетних подростков и меры борьбы с алкоголизацией несовершеннолетних подростков. *Вестник ЧГПУ*. 2011;6:51–67. eLIBRARY ID: 16543945
Dubinin SN. Alcoholism as one of the forms of deviant behavior of minors and measures of fighting with

alcoholization among adolescent. *Vestnik ChGPU*. 2011;6:51–67. eLIBRARY ID:16543945 (In Russ.).

26. Светличная ТГ, Воронов ВА, Смирнова ЕА. Клинические и социальные характеристики психически больных, находящихся на стационарном и амбулаторном принудительном лечении. *Проблемы городского здравоохранения*. СПб. 2019;24:174–180. eLIBRARY ID: 42595439

Svetlichnaja TG, Voronov VA, Smirnova EA. Clinical and social characteristics of mentally ill people in inpatient and outpatient compulsory treatment. *Problemy gorodskogo zdravooohranenija*. SPb. 2019;24:174–180. eLIBRARY ID: 42595439 (In Russ.).

27. Светличная ТГ, Воронов ВА, Смирнова ЕА. Клинико–социальный статус психически больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении. Сборник научных трудов по материалам IX Международной научной конференции. *LJournal*. 2019;12–17. DOI: 10.18411/scienceconf-05-2019-14 Svetlichnaja TG, Voronov VA, Smirnova EA. Clinical and social status of mentally ill patients under active dispensary supervision. Collection of scientific papers on materials IX International Scientific Conference. 31.05.2019. Part 2. *LJournal*. 2019;12–17. DOI: 10.18411/scienceconf-05-2019-14 (In Russ.).

Сведения об авторах

Светличная Татьяна Геннадьевна, доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО Северный государственный медицинский университет Минздрава России, Архангельск, Россия, <http://orcid.org/0000-0001-6563-9604>

E-mail: statiana64@yandex.ru

Воронов Виталий Андреевич, главный врач, БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер №1», Череповец, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-7177-739X>

E-mail: vorona1985@mail.ru

Смирнова Елена Алексеевна, кандидат социологических наук, БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер №1», Череповец, Россия, <http://orcid.org/0000-0002-9383-0649>

E-mail: smirnova56@yandex.ru

Information about the authors

Tatyana G. Svetlichnaya, MD, PhD, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Northern State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Arkhangelsk, Russia, <http://orcid.org/0000-0001-6563-9604>

E-mail: statiana64@yandex.ru

Vitaliy A. Voronov, Head Physician, Vologda Regional Psychoneurological Dispensary №1, Cherepovets, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-7177-739X>

E-mail: vorona1985@mail.ru

Elena A. Smirnova, PhD, Cand. of Sci. (Sociolog.), Vologda Regional Psychoneurological Dispensary №1, Cherepovets, Russia, <http://orcid.org/0000-0002-9383-0649>

E-mail: smirnova56@yandex.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Смирнова Елена Алексеевна/Elena A. Smirnova

E-mail: smirnova56@yandex.ru

Дата поступления 16.06.2020
Received 16.06.2020

Дата рецензии 10.08.2020
Revised 10.08.2020

Дата принятия 03.09.2020
Accepted for publication 03.09.2020