

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XVI

№ 3

2010

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Профессор, доктор медицинских наук А.А. Аканов; доктор медицинских наук С.А. Алтынбеков; Н.Е. Мирошниченко (ответственный секретарь); профессор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; профессор, доктор медицинских наук А.Л. Катков (главный редактор); профессор, доктор медицинских наук В.В. Макаров (главный редактор); кандидат психологических наук Г.А. Макарова; доктор медицинских наук С.А. Нурмагамбетова; Л.Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Россинский; академик РАМН В.Я. Семке; А.К. Тастанова; кандидат медицинских наук А.Ю. Толстикова; профессор, доктор медицинских наук А.А. Чуркин; кандидат медицинских наук Т.В. Пак; кандидат медицинских наук А.А. Кусаинов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н.А. Бохан (Томск); профессор М.Е. Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М.Х. Гонопольский (Хайфа); доктор медицинских наук, профессор Ж.А. Доскалиев (Астана); кандидат медицинских наук Н.Б. Ережепов (Павлодар); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Р.Г. Илешева (Алматы); доктор медицинских наук, профессор Н.А. Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г.М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е. Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Л.А. Степанова (Томск); профессор, доктор медицинских наук Н.К. Хамзина (Астана)

**Регистрационное свидетельство №1706 выдано
Министерством печати и массовой информации
Республики Казахстан**

**Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 выдано
Министерством Российской Федерации по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций**

**Внимание, соискатели! Журнал “Вопросы ментальной медицины и экологии”
решением коллегии ВАК от 3.03.2002 г. включен в перечень изданий
для публикации основных научных результатов диссертации**

**Журнал основан в 1995 году
Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200
Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-93
E-mail: neovitae@pisem.net**

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

РГКП
«Республиканский
научно-практический
центр медико-
социальных проблем
наркомании»

Том XVI
№ 3
2010 год

выходит
4 раза в год

<i>Джарбусынова Б.Б., Кудьярова Г.М., Красникова В.С.</i>	
Применение кетилепта (сероквеля, кветиапина) в условиях психотерапевтического отделения	9-10
<i>Катков А.Л.</i>	
Социальная психотерапия (концепция, метамодель, практика)	10-20
<i>Катков А.Л., Макаров В.В.</i>	
Интегративное движение в психотерапии (методология, достижения, перспективы)	21-32
<i>Нургазина А.З.</i>	
Особенности психотерапии шизофрении	32-35
<i>Нургазина А.З.</i>	
Психотерапия неврозов у детей	35-39

ПСИХИАТРИЯ

<i>Берсенева Ю.А.</i>	
Клиническая структура расстройств личности и поведения у психически больных с внутрибольничной агрессией	40-44
<i>Искакова Б.М.</i>	
Анализ социально-клинических параметров пациентов Семипалатинского региона с психическими и поведенческими расстройствами	44-53
<i>Искакова Б.М.</i>	
Анализ суицидальных тенденций у пациентов Семипалатинского региона в рамках депрессивных расстройств	53-54
<i>Искакова Б.М.</i>	
Изучение депрессивных расстройств в экологически неблагополучном Семипалатинском регионе	54-58
<i>Искакова Б.М.</i>	
Мониторинг психических и поведенческих расстройств пациентов Семипалатинского региона	58-59
<i>Искакова Б.М.</i>	
Сравнительное изучение депрессивных расстройств в экологически неблагоприятных регионах Республики Казахстан (Семипалатинский и Аральский регионы)	60-65
<i>Искакова Б.М.</i>	
Структура депрессивных расстройств у пациентов, проживающих в экологически неблагополучных регионах	66
<i>Ланда И.Э.</i>	
Работа психиатрической службы Северо-Казахстанской области в условиях реформирования здравоохранения	67-69
<i>Макиев Х.Д.</i>	
Опыт применения зосерта в лечении депрессивных состояний	70-71
<i>Нургазина А.З.</i>	
Депрессия и депрессивные расстройства - болезнь XXI века	72-76

<i>Сармаев Е.Т.</i>	
Применение нормотимических препаратов в структуре комплексного лечения аффективных расстройств в условиях психиатрического стационара	76-80
<i>Сулейменова А.К.</i>	
Изучение соотношения расстройств личности (психопатий) и преступности	80-82
<i>Темиргалиев А.О.</i>	
Установочное поведение в судебно-психиатрической практике	82-83
<i>Турлубекова Ж.Ж.</i>	
К вопросу о современных подходах к лечению биполярного расстройства	83-85
<i>Цыганков Б.Д., Берсенева Ю.А.</i>	
Клиническая структура органических психических расстройств у больных с внутрибольничной агрессией	85-89

НАРКОЛОГИЯ

<i>Прилуцкая-Сущенко М.В., Кусаинов А.А., Маликов М.К.</i>	
Клиника патологического влечения	90-93
<i>Прилуцкая-Сущенко М.В., Кусаинов А.А., Маликов М.К.</i>	
Патогенез патологического влечения при опийной наркомании	94-99

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

<i>Перевалова С.В.</i>	
Применение препарата фенотропила в лечении астенических состояний	100-101

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

<i>Мурзахметов Б.Т.</i>	
К вопросу о клинико-динамических особенностях соматоформных расстройств (на примере синдрома гипервентиляции)	102-104
<i>Мурзахметов Б.Т.</i>	
К вопросу о психопатологическом компоненте соматоформных расстройств	105
<i>Мурзахметов Б.Т.</i>	
К вопросу о факторах формирования соматоформных расстройств	105-106
<i>Цыганков Б.Д., Евдокимова Т.Е.</i>	
Особенности личности шахтеров с невротическими расстройствами	106-111
<i>Чуркин А.А., Евдокимова Т.Е.</i>	
Особенности личности шахтеров с соматоформными расстройствами	111-117

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

<i>Нургазина А.З.</i>	
Современные подходы к оценке качества жизни	118-120

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

<i>Бюрабекова Л.В., Кайдарова А.Т., Алтысбекова Г.М., Ашикбаева Д.Б.</i>	
Государственный контроль в сфере оказания медицин- ских услуг	121-122
<i>Ефимова В.И.</i>	
Необходимость восстановления работы лечебно-тру- довых мастерских	122-123
<i>Ефимова В.И.</i>	
Работа с родственниками психически больных	123-125
<i>Кудьярова Г.М.</i>	
Воспитание будущего врача	125-126
<i>Мурзахметов Б.Т.</i>	
К вопросу об особенностях формирования соматофор- мных расстройств	126-127
<i>Мурзахметов Б.Т.</i>	
Особенности формирования соматоформных рас- стройств (обзор литературы)	127-134
<i>Мурзахметов Б.Т.</i>	
О соматоцентрическом подходе к объяснению изуче- нию соматоформных расстройств (краткий критичес- кий очерк)	134-135
<i>Резюме</i>	136-143

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

THE CONTENT

FOUNDERS:

**Professional
Psychotherapeutic
League**

RPSE
**«Republican Research-
and-Practical Center
of Medical-Social Drug
Addiction Problems»**

Volume XVI
№ 3
2010

**Published 4 times
in a year**

PSYCHOTHERAPY

<i>Dzharbusynova B.B., Kudjarova G.M., Krasnikova V.S.</i>	
Application of ketilept (seroquel, quetiapine) in the conditions of psychotherapeutic unit	9-10
<i>Katkov A.L.</i>	
Social psychotherapy (the concept, a metamodel, practice)	10-20
<i>Katkov A.L., Makarov V.V.</i>	
Integrative movement in psychotherapy (methodology, achievements, prospects)	21-32
<i>Nurgazina A.Z.</i>	
Features of psychotherapy of schizophrenia	32-35
<i>Nurgazina A.Z.</i>	
Psychotherapy of neuroses at children	35-39

PSYCHIATRY

<i>Berseneva J.A.</i>	
Clinical structure of disorders of the person and behavior at mentally sick with intrahospital aggression	40-44
<i>Iskakova B.M.</i>	
The analysis of socially-clinical parameters of patients of Semipalatinsk region with mental and behavioural disorders	44-53
<i>Iskakova B.M.</i>	
The analysis of suicidal tendencies at patients of Semipalatinsk region within the limits of depressive disorders	53-54
<i>Iskakova B.M.</i>	
Studying of depressive disorders in ecologically unsuccessful Semipalatinsk region	54-58
<i>Iskakova B.M.</i>	
Monitoring of mental and behavioural disorders of patients of Semipalatinsk region	58-59
<i>Iskakova B.M.</i>	
Comparative studying of depressive disorders in ecologically adverse regions of Kazakhstan (Semipalatinsk and Aral regions)	60-65
<i>Iskakova B.M.</i>	
Structure of depressive disorders at the patients living in ecologically unsuccessful regions	66
<i>Landa I.E.</i>	
Work of psychiatric service of the North Kazakhstan area in the conditions of public health services reforming	67-69
<i>Makiev H.D.</i>	
Application experience zosert in treatment of depressions	70-71
<i>Nurgazina A.Z.</i>	
Depression and depressive disorders - illness of the XXI century	72-76

<i>Sarmaev E.T.</i>	
Application of mood stabilizers preparations in structure of complex treatment of affective disorders in the conditions of a psychiatric hospital	76-80
<i>Sulejmenova A.K.</i>	
Studying of a parity of disorders of the person (psychopath) and criminality	80-82
<i>Temirgaliev A.O.</i>	
Adjusting behavior in judicial-psychiatric practice	82-83
<i>Turlubekova Z.Z.</i>	
To a question on modern approaches to treatment of bipolar disorder	83-85
<i>Tsygankov B.D, Berseneva J.A.</i>	
Clinical structure of organic alienations at patients with intrahospital aggression	85-89

NARCOLOGY

<i>Prilutskaya-Sushchenko M.B., Kusainov A.A., Malikov M.K.</i>	
Clinic of a pathological inclination	90-93
<i>Prilutskaya-Sushchenko M.B., Kusainov A.A., Malikov M.K.</i>	
Pathogenesis of a pathological inclination at a opioids addiction	94-99

BOUNDARY PATHOLOGY

<i>Perevalova S.V.</i>	
Preparation application of phenotropil in treatment of asthenic conditions	100-101

BOUNDARY DISORDERS

<i>Murzahmetov B.T.</i>	
To a question on clinic-dynamic features of somotophorm disorders (on an example of a syndrome of a hyperventilation)	102-104
<i>Murzahmetov B.T.</i>	
To a question on a psychopathologic component of somotophorm disorders	105
<i>Murzahmetov B.T.</i>	
To a question on formation factors of somotophorm disorders	105-106
<i>Tsygankov B.D., Evdokimova T.E.</i>	
Features of the person of miners with neurotic disorders	106-111
<i>Churkin A.A., Evdokimova T.E.</i>	
Features of the person of miners with somotophorm disorders	111-117

HEALTH PSYCHOLOGY. VALEOLOGY.

<i>Nurgazina A.Z.</i>	
Modern approaches to an estimation of quality of life	118-120

THE INFORMATION, REVIEWS

<i>Bjurabekova L.V., Kajdarova A.T., Alpysbekova G.M., Ashikbaeva D.B.</i>	
The state control in sphere of rendering of medical services	121-122
<i>Yefimova V.I.</i>	
Necessity of restoration of work of activity therapy workshops	122-123
<i>Yefimova V.I.</i>	
Work with relatives of mentally sick	123-125
<i>Kudjarova G.M.</i>	
Education of the future doctor	125-126
<i>Murzahmetov B.T.</i>	
To a question on features of formation of somatophorm disorders	126-127
<i>Murzahmetov B.T.</i>	
Features of formation of somatophorm disorders (the literature review)	127-134
<i>Murzahmetov B.T.</i>	
About somatocentral approach to an explanation to studying of somatophorm disorders (a short critical sketch)	134-135
<i>Summery</i>	136-143

ПСИХОТЕРАПИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ КЕТИЛЕПТА (СЕРОКВЕЛЯ, КВЕТИАПИНА) В УСЛОВИЯХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Б.Б. Джарбусынова, Г.М. Кудьярова, В.С. Красникова

Основной задачей психофармакологии является создание максимально эффективных препаратов, обладающих терапевтическим действием в отношении широкого круга психопатологических синдромов при минимуме побочных эффектов. Введение в клиническую практику классических нейролептиков в свое время кардинальным образом изменило представление о терапевтических возможностях лечения острых психических расстройств. Способность нейролептиков надежно контролировать продуктивные симптомы позволила изменить отношение к психически больным - отпала необходимость в строгом надзоре и длительной изоляции, стали возможны нахождение этих больных в обществе и продолжение ими трудовой деятельности.

Атипичные нейролептики практически не вызывают экстрапирамидных побочных эффектов, при этом они эффективны в отношении продуктивной и негативной симптоматики, благодаря чему в литературе активно пропагандируется приданье им статуса препаратов выбора при терапии как шизофрении, так и шизоаффективных расстройств. Благодаря лучшей переносимости, благоприятному действию на негативную симптоматику и нейрокогнитивный дефицит, после достижения ремиссии можно вернуть пациента в привычную социально-профессиональную среду с наименьшими потерями (высокий уровень качества жизни, сокращение количества обострений и повторных госпитализаций).

При правильном подборе дозы затормаживающее действие обнаруживается уже в первые часы терапии. Помимо явлений психомоторной заторможенности, седативный эффект сопровождается глобальным депрессорным влиянием на ЦНС.

Влияние на негативную симптоматику наиболее выражено у нового поколения атипичных антипсихотиков (рисперидона, оланzapина, кветиапина, амисульприда). Влияние на когнитивные нарушения - способность атипичных антипсихотиков улучшать высшие корковые функции (память, внимание, исполнительскую деятельность, речь, коммуникативные и другие познавательные процессы).

По мнению многих исследователей, основными средствами лечения шизофрении и шизоаффективных расстройств являются атипичные нейролептики с выраженным антипсихотическим действием.

Атипичный нейролептик **кетилепт** (кветиапин) по химическому строению относится к группе дигензодиазепинов, по строению подобен клозапину.

Препарат обладает также высоким сродством к гистаминовым и β_1 -адренорецепторам и менее выраженным - к β_2 -адренорецепторам, что обеспечивает наличие неспецифического седативного эффекта кветиапина.

По данным литературы, кветиапин обладает хорошей переносимостью и эффективностью в отношении широкого круга психопатологических расстройств, rationalен в терапии шизофрении, шизоаффективных и аффективных расстройств.

По нашим данным, кветиапин способствует редукции аффективной симптоматики, включающей не только депрессию (с тревогой и растерянностью), но и манию, как изолированную, так и выступающую преимущественно в структуре более сложных психопатологических синдромов. Отмечено редуцирующее влияние препарата на аффективную симптоматику (депрессию, чувство вины, тревогу и напряжение), а также при органически-тревожных расстройствах с паническими включениями.

Нами в условиях психотерапевтического отделения, куда поступают больные с различной симптоматикой, в том числе с шизотипическими, органически-тревожными, с расстройствами адаптации и другими состояниями был пролечен 51 больной в возрасте от 32 до 74 лет. Из них мужчин – 11 человек, женщин – 40. Работающих среди них – 39 человек, не работающих – 12; из них служащие – 29 человек, рабочие – 12 человек. Имели высшее образование – 10 человек, средне-специальное образование – 11 больных. Семейное положение пролеченных больных - преобладали лица, находящиеся в разводе, и лица, вступившие во второй брак. Как правило, мужья «бросали» жен, повторно создать семью не удавалось из-за детей у женщин. Среди пациентов были пенсионеры по возрасту, в основном это были женщины. При постановке диагноза мы придерживались Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Эта позиция вносила сближение с соматической медициной. По патологиям распределялись следующим образом:

- органически-тревожное расстройство – 20 случаев;
- смешанное тревожно-фобическое – 17 случаев;
- шизотипическое – 3 случая;
- смешанная тревожно-депрессивная реакция – 3 случая;

- другие органические расстройства личности и поведения, вследствие заболеваний, повреждений или дисфункции головного мозга – 6 случаев;

-
- простая шизофрения – 1 случай;
 - шизоаффективные расстройства – 1 случай;
 - биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод умеренной степени – 0 случаев.

Дозировки препарата были следующими. При расстройстве сна назначалось 25-50 мг на ночь (отмечалось выраженное седативное действие, особенно при соматоформных, органической природы расстройствах сна). При тревожно-фобических и панических расстройствах достаточно было 200 мг в сутки. Эндогенные заболевания требовали назначения – 600 мг в сутки.

Таким образом, высокая эффективность, быстрое наступление терапевтического действия, гармо-

ничное влияние, как на позитивную, так и на негативную психопатологическую симптоматику, отсутствие экстрапирамидных побочных эффектов и безопасность применения препарата позволяют рекомендовать кветиапин (кетилепт) в качестве единственного средства для лечения не только острых психотических состояний у больных шизофренией и шизоаффективным психозом. Кроме того, также целесообразно сочетание психофармакотерапии кетилептом с психотерапевтическими и психокоррекционными методами, направленными на повышение социально-трудовой адаптации больных и на выработку у них адекватной положительной установки на длительную поддерживающую терапию.

Литература:

1. Александровский Ю.А., Барденштейн Л.М., Аведисова А.С. *Психофармакотерапия пограничных психических расстройств*. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. - 250 с.
2. Мосолов С.Н., Александровский Ю.А., Вовин Р.Я., Калинин В.В., Аведисова А.С., Иванов М.В., Мазо Г.Э., Сулимов Г.Ю., Чахава В.О., Бородин В.И., Еремин А.В. *Новый атипичный антипсихотик сероквель: результаты российских клинических испытаний* // Ж. Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – № 2, Приложение.
3. Руководство по психиатрии. В 2 томах. // Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 712 с.
4. Сергеев И.И. *Психофармакотерапия невротических расстройств* // Ж. Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – № 6. – С. 230–5.

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (КОНЦЕПЦИЯ, МЕТАМОДЕЛЬ, ПРАКТИКА)

Д.м.н., проф. А. Л. Катков

г. Павлодар

1. Введение

Согласно современным представлениям психотерапия представляет собой сочетание различных психологических, медицинских, антропологических, социально-экономических, экологических и философских научно-практических подходов и установок, и чрезвычайно широкого спектра их применения. Психотерапия используется как 1) метод лечения; 2) метод научения; 3) метод социального контроля; 4) особый коммуникативный метод с различными функциями целеполагания. В контексте вышеприведенного определения социальная психотерапия идентифицируется как обособленная модель, основная задача которой заключается в улучшении социального поведения индивида. Основные и достаточно специфические особенности социальной психотерапии видятся в том, что используемые методы рассматриваются как адекватные способы коррекции всех форм отклонения и деликвентного поведения (Б.Д. Карвасарский, 1998). Ряд авторов под термином «социальная терапия» понимает широкую гуманитарную практику, реализуемую с ис-

пользованием организационных, консультативных и выборных технологий (Е.Е. Каган, 1999); направленную на формирование качественно иного уровня общественного доверия и социального партнерства между властью и народом (М.М. Решетников, 2009); направленную на все общество и реализуемую через средства массовой информации (В.В. Макаров, 2008); адресованную к широкому спектру актуальных социальных проблем (А.Л. Катков, 2000, 2002).

Наиболее адекватной для решения таких социальных проблем как агрессивность среды, расовая нетерпимость, международная напряженность, конфликты поколений, производственные конфликты и др., К. Роджерс (1970) считал групповую психотерапию. При этом Роджерс никогда не употреблял термин «социальная психотерапия», считая его излишним. Другие авторы полагают, что в мире активных социальных изменений самодостаточными являются стандарты и техники психогигиены, понимаемые при этом достаточно широко (О.В. Лукьянов, 2007).

Общим знаменателем всех вышеприведенных подходов к пониманию функциональных границ и

содержания социальной психотерапии является: 1) признание широкого спектра актуальных социальных проблем, в отношении которых использование психотерапевтических технологий признается эффективным; 2) признание необходимости такого рода воздействия на существенную часть общества, а не только на эксклюзивные группы невротизированных пациентов; 3) отсутствие единства в обозначении соответствующей социальной практики, ее методологическом оформлении, определении технологического содержания, а также спецификации и квалификации специалистов, действующих в сфере социальной психотерапии.

Между тем существуют и серьезные контрапрограммы в отношении масштабного использования психотерапевтических методов и иных психотехнологий применительно к той части населения, которая не нуждается в такого рода воздействии по прямым показаниям. Вкратце они сводятся к следующему. В последние десятилетия, особенно – последние годы, нарастает тенденция к противодействию манипулированию общественным сознанием (А.Ф. Бондаренко, 2009). При этом многие исследователи данного социального явления считают, что основное функциональное назначение массовых коммуникаций – это весьма эффективный способ социального контроля масс. То есть культура современных массовых коммуникаций подразумевает отбор и использование эффективных технологий влияния на людей с целью явно избыточного потребления продукции (следствие – почти неизбежные экономические кризисы), а так же – одиозной идеологической продукции, с высокой вероятностью обострения политических, цивилизационных кризисов (Э.Ф. Макаревич, О.И. Карпихин, 2009; Д.С. Горбатов, 2010). Немалую лепту в процесс «технологического усиления» способов воздействия на массы вносят профессиональные психотерапевты, бесконтрольно распространяя методологию такого рода воздействия (В.В. Макаров, 2008). В своем крайнем выражении аргументы против масштабного использования психотерапевтических технологий заключаются в том, что сутью любого такого воздействия является «промывание мозгов», навязывание человеку униизительно-подчиненной, во всех отношениях уязвимой и не оправданной никакими «объективными» обстоятельствами позиции ятрогенного кризиса (В.Д. Вид, 1993). Таким образом, по мнению вышеприведенных авторов, главный социальный запрос современности состоит в необходимости эффективного повышения индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному влиянию информационной среды, во многом обусловленному бесконтрольному распространению манипулятивных психотехнологий.

Второе препятствие к широкомасштабному и экологически выверенному использованию психотерапевтических технологий (специфическое для

постсоветских Республик) заключается в тотальном дефиците подготовленных специалистов, отсутствие продуманной системы организации психотерапевтической помощи с перспективами охвата нуждающихся лиц, очевидной слабости действующих программ додипломной и последипломной подготовки, недостаточной активности заинтересованных государственных органов и профессиональных сообществ в отношении преодоления обозначенного институционального дефицита (Б.Д. Карвасарский, Л.М. Кульчавин, А.М. Якубzon, 1991; В.В. Макаров, 2001; М.М. Решетников, 2001; О.Е. Кашкарова, А.В. Курпатов, 2002; А.Л. Катков, 2002, 2007; М.А. Беребин, 2006; В.П. Колосов, 2008). То есть уже сейчас ясно, что повторение эволюционного пути развития профессиональной психотерапии, пройденного развитыми европейскими странами, потребует несколько десятилетий (С. Гингер, 2002). Что в существующей социальной ситуации неприемлемо.

Вышеприведенный и вынужденно краткий анализ состояния вопроса о социальной психотерапии демонстрирует наличие актуального общественного запроса на данную форму ресурсной поддержки и профилактики наиболее острых кризисных явлений современности. Но так же – и серьезных противоречий в отношении экологического, методологического и технологического оформления рассматриваемой социальной практики.

Таким образом, разработка и апробация метамодели социальной психотерапии, отвечающей потребностям существенной части населения и преодолевающей обозначенные противоречия, является весьма актуальной.

2. Теоретические основания метамодели социальной психотерапии

В продолжение 2005-2010 г.г. нами проводилась разработка и экспериментальная апробация метамодели социальной психотерапии в Республике Казахстан и Российской Федерации. В реализации данного проекта принимали участие сотрудники Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании; кафедры психотерапии, медицинской психологии с курсом сексонатологии РАПО (заведующий кафедрой профессор В.В. Макаров); кафедры психотерапии и психосоматики СПбГПМА (к.м.н. В.В. Титова). Основные характеристики исследовательского проекта и промежуточные результаты представлены в ниже следующих разделах.

2.1. Основные положения метамодели социальной психотерапии

Рабочая гипотеза настоящего исследовательского проекта заключалась в следующем:

- основным объектом социальной психотерапии является существенная часть населения с низким уровнем устойчивости к агрессивному воздействию среды. Что, в частности, выражается в 1) донозоло-

гических и клинических проявлениях психических и поведенческих расстройств пограничного уровня; 2) наличии высоких рисков или признаков вовлечения в эпидемии химической (алкоголизм, наркомания, токсикомании) и психологической (деструктивные секты, экстремистские, террористические организации, криминальные сообщества, игромании) зависимости;

- существует совокупность универсальных факторов (или сумма психологических свойств), определяющих устойчивость субъекта к агрессивному влиянию среды, в частности, к вовлечению в упомянутые социальные эпидемии, которые и являются основным предметом социальной психотерапии;

- существуют и могут быть разработаны новые эффективные технологии эволюционного (профилактический саногенез) и форсированного (лечебный и реабилитационный саногенез) развития обозначенных психологических свойств, обеспечивающих высокий уровень устойчивости и приемлемое качество жизни населения в агрессивной среде; главной особенностью данных технологий является их развивающий, а не манипулятивный вектор активности (то есть в нашем варианте социальная психотерапия эффективно противодействует, а не повторяет манипуляциям с общественным сознанием);

- такого рода экологически выверенными технологиями профилактического или собственно терапевтического плана может быть охвачена существенная часть населения, нуждающегося в данном виде помощи; данная целевая (в отношении общего поля функциональной активности социальной психотерапии) группа может быть идентифицирована за счет использования специальных диагностических программ в рамках регулярно проводимого национального мониторинга, либо в ходе реализации специальных технологий первичной психотерапевтической помощи;

- с учетом масштаба задач (охватываемая общим полем функциональной активности социальной психотерапии, целевая группа, по предварительным данным, составляет от 35 до 40% населения), речь может идти лишь о метамодели социальной психотерапии, где институт профессиональной психотерапии выполняет стержневую системообразующую (исследовательскую, генерирующую) функцию в отношении вовлекаемых сфер образования, здравоохранения, многопрофильного консультирования и др.; то есть существование какой-либо обособленной модели, или модальности социальной психотерапии, подразумевающих монолитную профессиональную ориентацию в реализации основных теоретических и практических установок, в нашем варианте - исключается;

- с учетом важности последнего тезиса, обосновывающего необходимость мультипрофессионального подхода к формированию общего поля функциональной активности социальной психотерапии,

ключевым системообразующим компонентом разрабатываемой метамодели является возможность трансляции основного психотерапевтического эффекта – достижения существенных результатов в ограниченные периоды времени – в развивающие практики следующего порядка (консультирование, тренинги, образование, воспитание и др.); эффективная реализация данного ключевого компонента возможна за счет использования разработанных интегративных подходов в области профессиональной психотерапии (А.Л. Катков, В.В. Макаров, 2009);

- адекватная по масштабам и полноценная по своим технологическим и профессиональным характеристикам реализация метамодели социальной психотерапии закономерно приводит к следующим результатам: 1) существенная часть нуждающегося населения охватывается необходимыми формами социально-психотерапевтической помощи; 2) у охваченной части населения формируются искомые уровни адаптации (устойчивости к агрессивным воздействиям среды), приемлемые характеристики качества жизни, что, в частности, отражается на динамике роста психических и поведенческих расстройств пограничного уровня, динамике вовлечения населения в химическую и психологическую зависимость; 3) в обществе активно формируются механизмы эффективной самоорганизации, компенсирующие частичную или полную деградацию естественных саногенных механизмов и препятствующие деструктивному влиянию технологий манипулирования массовым сознанием (то есть имеет место осмысленная профилактика биологических, экологических, экономических и политических кризисов);

- эти результаты принципиально измеряемы и могут быть представлены в системе адекватных промежуточных и конечных индикаторов, оценивающих эффективность метамодели социальной психотерапии в целом и ее отдельных компонентов в частности;

- таким образом, возможна разработка и реализация метамодели социальной психотерапии со следующими результирующими характеристиками: обращенность к наиболее актуальным проблемам современности; возможность охвата существенной части нуждающегося населения; противоположный манипулятивному, основной вектор воздействия (включая предмет, методы и результаты функциональной активности метамодели социальной психотерапии); возможность эффективной интеграции в общем формате обсуждаемой метамодели институтов профессиональной психотерапии, здравоохранения, образования, многопрофильного консультирования, с генеративной системообразующей функцией первого института; возможность полноценной и масштабной реализации всего функционального потенциала профессиональной психотерапии: 1) собственно терапевтического (помогающего); 2) развивающего; 3) саногенного, самоорганизующего; 4) социально-стабилизирующего.

Из всего вышесказанного следует, что основными посылками, придающими концептуальную целостность и универсализм обсуждаемой метамодели социальной психотерапии, является гипотетическое положение о том, что: 1) функциональную основу адаптационных трудностей, испытываемых при взаимодействии с агрессивной средой, а также механизмов вовлечения в химическую и психологическую зависимость представляют дефициты свойств психологической устойчивости, которые могут быть адекватно идентифицированы (измерены) и выведены в качестве универсальных мишеней для последующего психотерапевтического воздействия; 2) функциональное содержание метамодели социальной психотерапии, соответственно, представляют технологии идентификации данных дефицитов и форсированного развития искомого уровня психологической устойчивости у существенной части охватываемого населения.

2.2. Функциональные характеристики метамодели социальной психотерапии

В соответствии с данными тезисами были разработаны следующие функциональные характеристики рассматриваемой метамодели социальной психотерапии (СП).

Основной объект СП – целевые группы населения, уязвимые для агрессивного воздействия среды; с признаками психических и поведенческих расстройств пограничного уровня; с признаками вовлечения в химическую (алкоголизм, наркомания, токсикомании), психологическую (деструктивные секты, экстремистские, террористические, криминальные сообщества, игромания) зависимости.

Основной предмет сферы функциональной активности СП – свойства психологической устойчивости к агрессивному воздействию среды, в частности к попыткам манипулирования общественным сознанием.

Основная цель СП – эффективное управление рисками (профилактика) и фактами (терапия, реабилитация) вовлечения населения в эпидемии химической и психологической зависимости, психических и поведенческих расстройств пограничного уровня, связанных со сложностями адаптации в агрессивной среде;

- устойчивое снижение распространенности данных расстройств среди населения;

- достижение приемлемых уровней саногенной самоорганизующей активности, показателей качества жизни и социальной стабильности в обществе.

Задачи, решаемые в ходе реализации метамодели СП:

- разработка системы профессиональных стандартов СП;

- внедрение организационного стандарта СП, в частности моделей психотерапевтического и аддиктологического кластеров, взаимодействующих в ходе реализации метамодели СП;

- идентификация общей целевой группы и основных подгрупп СП в соответствии с секторами функциональной активности действующей метамодели;

- реализация первично-профилактического компонента СП;

- реализация компонента первичной психотерапевтической помощи в отношении лиц с признаками психических и поведенческих расстройств пограничного уровня;

- реализация аддиктологического компонента СП с оказанием квалифицированной помощи лицам с химической и психологической зависимостью;

- проведение постоянного многоуровневого мониторинга эффективности СП в целом, и отдельных компонентов действующей метамодели в частности.

Полное определение социальной психотерапии, выводимое из вышеприведенных функциональных характеристик, следующее: под социальной психотерапией понимается масштабная практика использования экологически выверенных подходов и технологий профессиональной психотерапии в отношении населения с высокими рисками и признаками вовлечения в эпидемии химической и психологической зависимости, психических и поведенческих расстройств пограничного уровня, связанных со сложностями адаптации в агрессивной среде.

2.3. Структурные характеристики метамодели СП

Основное требование к структурным характеристикам рассматриваемой метамодели, с учетом всего вышесказанного – возможность полноценного охвата населения соответствующими диагностическими и терапевтическими технологиями.

Данные требования удовлетворяются за счет реализации организационной модели двух кластеров СП, ориентированных на основные целевые группы: 1) целевая группа населения с высокими рисками (предболезнь) и клиническими признаками психологических и поведенческих расстройств пограничного уровня, связанных со стрессами и нарушениями адаптации – психотерапевтический кластер СП; 2) целевая группа населения с высокими рисками и признаками вовлечения в эпидемии химической и психологической зависимости – аддиктологический кластер СП.

2.3.1. Психотерапевтический кластер СП представляет собой трехкомпонентную структуру организаций собственно психотерапевтической помощи, учреждений и центров с функциями развития и укрепления здоровья.

По своим основным функциям и секторам охвата населения психотерапевтическая помощь в нашей схеме подразделяется на два уровня: 1) уровень первичной психотерапевтической помощи (включает опосредованную психотерапию с использованием теле- и радиопрограмм; дистанционную психотерапию и консультирование с использованием телефонов доверия, Интернет-ресурсов; экспресс-психотерапевтическую помощь, оказываемую при

чрезвычайных ситуациях специалистами МЧС и мобилизованными профессионалами; психотерапевтическую помощь, оказываемую на первичном поликлиническом приеме); 2) уровень специализированной психотерапевтической помощи, оказываемой в психиатрических, неврологических и онкологических учреждениях, в общесоматической сети, хосписах, санаторно-курортных учреждениях.

Обозначенные уровни психотерапевтической помощи – первичной и специализированной, представляют первые два компонента психотерапевтического кластера.

Третий компонент представлен сектором учреждений, ориентированных на формирование высоких уровней самоорганизующей (саногенной) активности у здоровой части населения. Помимо государственных учреждений (центров здоровья, ЗОЖ и др.) в данный сектор включаются соответствующие консультативные и тренинговые центры, кабинеты и большая группа инициативных профессионалов, взаимодействующих с данными учреждениями.

Соответственно, основная группа специалистов, действующая в обозначенных структурах психотерапевтического кластера – это профессиональные психотерапевты, психологи, специалисты по социальной работе с навыками консультирования и специалисты центров ЗОЖ.

Адекватное взаимодействие организаторов и специалистов вышеперечисленных структурных компонентов психотерапевтического кластера осуществляется в соответствии с регламентирующими документами (ведомственные и межведомственные приказы), соответствующими установочными требованиями профессиональных ассоциаций.

2.3.2. Аддиктологический кластер СП представляет собой модифицированную систему наркологической (в нашем варианте – аддиктологической) помощи населению, выстроенную с учетом современных требований, предъявляемых к данной службе (безопасность, доступность, широкий ассортимент и высокое качество предоставляемых услуг). Система аддиктологической помощи, с учетом целей и задач СП, должна быть представлена следующими этапами:

- этап первично-профилактической аддиктологической помощи. На данном этапе осуществляется диагностика и дифференциация целевых групп населения, в зависимости от рисков вовлечения в химическую и психологическую зависимость, коррекция высоких рисков с использованием развивающих технологий СП;

- этап первичной аддиктологической помощи. На данном этапе осуществляется, по возможности, наиболее полный охват целевой группы населения с признаками химической и психологической зависимости специальными технологиями СП;

- этап реабилитации (амбулаторной или стационарной) лиц с химической и психологической зависимостью;

- этап противорецидивной и поддерживающей терапии.

Основная группа профессионалов, действующих в аддиктологическом секторе и владеющих соответствующими навыками психотерапевтической, консультативной, тренинговой помощи, следующая: врачи-наркологи, психотерапевты, медицинские и консультирующие психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники, консультанты по зависимостям.

Взаимодействие между двумя секторами СП – психотерапевтическим и аддиктологическим, осуществляется в соответствии со стандартами организации психотерапевтической и аддиктологической помощи населению, утвержденных в сфере здравоохранения и образования на национальном уровне.

На основании изложенного **функциональное определение метамодели СП** будет следующим: под метамоделью социальной психотерапии подразумевается кластерный принцип организации и взаимодействия двух основных секторов - психотерапевтического и аддиктологического, обеспечивающих полноценный охват целевых групп населения профильными технологиями СП.

2.4. Технологические характеристики метамодели СП

Как понятно из всего сказанного, метамодель СП представлена достаточно широким набором диагностических, профилактических, консультативных, тренинговых, собственно психотерапевтических и организационных технологий.

Универсальный контекст технологических блоков, придающий концептуальную целостность многообразному технологическому содержанию СП, заключается в: 1) ориентации на достижение приемлемых уровней индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному воздействию среды; 2) отходе от манипулятивной идеологии; 3) практике использования возможностей трансляции основных психотерапевтических эффектов в развивающие технологии следующего порядка (консультативные, тренинговые, образовательные); 4) возможности экологического контроля и определения эффективности в использовании каких либо технологических блоков или отдельных методов.

Другой существенной особенностью технологического репертуара СП является акцент на разработку адекватного диагностического инструментария для реализации масштабных скрининговых программ, определения исходных и результирующих уровней устойчивости к агрессивному воздействию среды у охватываемых групп населения, определения эффективности используемых психотерапевтических и иных развивающих технологий. То есть общая методология СП опирается на принципы доказательной эффективности и научной обоснованности используемых инноваций. Наиболее специфичными для метамодели СП, таким образом, являются следующие технологические блоки:

- блок скрининговых технологий, выявляющих истинные уровни психического и психологического здоровья населения; распространенности субклинических и клинических проявлений психических и поведенческих расстройств пограничного уровня, связанных со сложностями адаптации; распространенности высоких рисков и признаков вовлечения в химическую и психологическую зависимость;

- блок диагностических технологий, определяющих уровни индивидуальной устойчивости к агрессивным воздействиям среды в различных возрастных группах;

- блок развивающих технологий первично-профилактической направленности (консультативных, тренинговых, психотерапевтических), используемых с целью повышения самоорганизующей, саногенной активности, достижения приемлемых уровней устойчивости к агрессивному влиянию среды, достижения комфортных показателей качества жизни;

- блок терапевтических технологий, используемых на этапах первичной (экспресс-психотерапия, дистанционная психотерапия) и специализированной психотерапевтической помощи (технологии общепринятых психотерапевтических модальностей, преимущественно, экзистенциально-гуманистического и когнитивно-бихевиорального направления); континuum психотерапевтических технологий, используемых на различных этапах аддиктологической помощи;

- блок специальных образовательных технологий, используемых при подготовке как профессиональных психотерапевтов, так и специалистов новой генерации, активно действующих в метамодели СП – консультирующих психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, консультантов по аддикциям, школьных психологов, социальных педагогов и др.;

- блок организационных технологий, включая управление качеством психотерапевтической и аддиктологической помощи, введение в действие системы соответствующих профессиональных стандартов, организацию профильных кластеров и адекватного взаимодействия между данными структурами, определение эффективности каждой технологии, компонента и метамодели СП в целом.

Специально следует отметить, что ответственность за реализацию метамодели СП с необходимыми процедурами контроля качества (включая экологический контроль) и эффективности должны взять на себя лидеры профессиональных психотерапевтических сообществ, а также институт главных специалистов соответствующих ведомств (министерства здравоохранения и образования).

2.5. Планируемые результаты реализации метамодели социальной психотерапии

При использовании метамодели СП следует дифференцировать краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные результаты. Такая дифференциация

способствует разработке системы промежуточных (ориентированных на краткосрочные, среднесрочные результаты) и конечных (ориентированных на долгосрочные результаты) индикаторов эффективности СП, которые затем используются при реализации соответствующих организационных технологий.

2.5.1. Планируемые краткосрочные результаты, в связи с разработкой, апробацией и внедрением метамодели СП, будут следующими:

- будет разработана и внедрена обновленная система профессиональных стандартов психотерапевтической, аддиктологической и психогигиенической помощи населению (стандарты мониторинга, услуг (технологий), подготовки специалистов, организационный стандарт);

- будет разработана и внедрена система управления качеством психотерапевтической, аддиктологической помощи населению;

- будут разработаны и внедрены скрининговые и диагностические технологии, определяющие уровни индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному влиянию среды, реальные показатели распространенности психических и поведенческих расстройств пограничного уровня, рисков и признаков вовлечения в химическую и психологическую зависимость;

- будут разработаны и внедрены технологии определения эффективности методов, используемых в общем поле функциональной активности СП;

- будет проведено картирование (определение доказательной эффективности, обоснованных показаний и противопоказаний к использованию) в отношении совокупности развивающих и терапевтических технологий, представляющих метамодель СП;

- будет достигнут полноценный охват целевых групп населения наиболее эффективными формами СП.

2.5.2. Планируемые среднесрочные результаты, в связи с внедрением метамодели СП, будут следующие:

- реформирование и существенное повышение эффективности института профессиональной психотерапии;

- реформирование и существенное повышение эффективности системы аддиктологической помощи населению;

- модификация и существенное повышение эффективности профильной первично-профилактической помощи в системе образования;

- позитивная динамика показателей распространенности психических и поведенческих расстройств пограничного уровня, связанных со сложностями в адаптации;

- позитивная динамика показателей распространенности высоких рисков и признаков вовлечения населения в химическую и психологическую зависимость;

- позитивная динамика роста показателей социального здоровья (средней продолжительности жизни, рождаемости, качества жизни).

2.5.3. Планируемые долгосрочные результаты, в связи с реализацией метамодели СП, будут следующие:

- стойкая тенденция к улучшению демографических показателей и показателей здоровья населения (смертность – рождаемость, первичная и общая заболеваемость);
- стойкая тенденция к повышению показателей качества жизни населения;
- стойкая тенденция к ускоренному и более «мягкому» прохождению социальных, экономических и политических кризисов;
- признаки стабилизации (в смысле снижения остроты и регулярности кризисных фаз) и ускорения (в смысле инновационных прорывов) социального развития.

2.6. Инструменты измерения и оценки достигнутых результатов

В качестве основных инструментов измерения и оценки достигнутых с внедрением метамодели СП результатов предполагается использование:

- системы мониторинга уровней психического и психологического здоровья населения (в частности, разработанных скрининговых технологий);
- диагностических программ по определению уровней устойчивости к воздействию агрессивной среды в различных возрастных группах населения;
- технологий определения эффективности компонентов и методов СП;
- системы промежуточных и конечных индикаторов СП;
- технологий социометрии, используемых в соответствующих социологических исследованиях;
- стандартных технологий экспертных оценок.

3. Оценка промежуточных результатов по апробации и внедрению метамодели социальной психотерапии

В ходе выполнения двух прикладных научно-исследовательских программ РНПЦМСПН (2005-2010 г.г.), совместных исследовательских проектов, нами были получены следующие промежуточные результаты.

3.1. По данным комплексных эпидемиологических исследований, проведенных в Республике Казахстан в обозначенный период времени, были уточнены: 1) масштабы распространения психических и поведенческих расстройств пограничного уровня, в том числе связанных с адаптационными сложностями; 2) масштабы и темпы распространения химической зависимости; 3) предполагаемые масштабы распространения психологической зависимости.

Так, было показано, что распространенность субклинических форм психических и поведенческих расстройств в возрастной группе 12-55 лет составляет 11,24%, что в 5,62 раза превышает официальные статистические показатели. В этих же исследованиях было установлено, что уровень распространенности отдельных признаков (симптомов), свидетельствующих о достаточно стойких нарушениях

адаптации, составляет 17,5%. Существенная часть обследованных лиц не получала какой-либо профессиональной помощи в связи с имеющимися у них расстройствами (А.Л. Катков, Б.Б. Джарбусынова, 2006). Далее было показано, что распространенность химической зависимости (алкоголизма, наркомании, токсикомании) составляет 3,8%. По наиболее тяжелому профилю наркомании – 1,7%, что в 4,5 раза превышает данные официальной статистики. При этом общий объем лиц (дети, подростки, молодежь) с высокими рисками вовлечения в химическую зависимость составляет 11,2%. Какими либо формами наркологической помощи охватывается 25-27% от реальной популяции зависимых от ПАВ. Лица с высокими рисками вовлечения в химическую зависимость, как правило, не идентифицируются. Профилактическая работа с восходящим поколением ограничивается практикой информирования о вреде потребления психоактивных веществ и разовыми акциями, не приносящими какого-либо ощутимого результата (С.А. Алтынбеков, А.Л. Катков, 2006).

Проведенный нами анализ публикаций, касающихся распространения психологической зависимости – вовлечения в деструктивные секты, экстремистские, террористические организации, криминальные сообщества, игромании (всего было проанализировано свыше 200 источников), показал, что несмотря на отсутствие точных данных, в связи со сложностью получения такого рода информации и отсутствием возможностей проведения соответствующих эпидемиологических исследований, речь может идти о 5-7% населения, прямо, или косвенно вовлеченного в эпидемию деструктивной психологической зависимости (А.Л. Катков, В.В. Макаров, 2009). Лица, вовлеченные в психологическую зависимость, лишены доступа к какой-либо профессиональной помощи. Группа повышенного риска по данному профилю не идентифицируется. Каких-либо масштабных профилактических программ гуманитарной направленности не разрабатывается и не проводится, несмотря на острую необходимость в такого рода деятельности (М.М. Решетников, 2004).

Таким образом, общий масштаб населения, являющегося основным объектом социальной психотерапии, составляет, по нашим данным, до 35-40%. Из них по профилю психических и поведенческих расстройств пограничного уровня, связанных с нарушениями адаптации – от 15 до 20%. По профилю высоких рисков и фактов вовлечения в химическую и психологическую зависимость – от 17 до 22%.

3.2. Далее нами была сформирована общая концепция современных социальных эпидемий и разработаны новые подходы в сфере эффективной профилактики

В частности, было дано следующее обобщенное определение обсуждаемым деструктивным социальным феноменам: под социальными эпидемиями понимаются кризисные социальные явления,

связанные с возрастающим распространением психических и поведенческих расстройств пограничного уровня, вовлечением населения в химическую (алкоголизм, наркомания, токсикомании), психологическую (тоталитарные секты, экстремистские, террористические организации, криминальные сообщества, игромания) зависимость, степень деструктивности и масштабы распространения которых представляют угрозу существующему социальному порядку и потенциалу развития нации.

В качестве наиболее существенных характеристик рассматриваемого социального явления нами выведены следующие: 1) социальные эпидемии обнаруживают тенденции к неконтролируемому распространению; 2) к прямой и косвенной взаимозависимости; 3) прямое деструктивное воздействие социальных эпидемий затрагивает существенную часть общества (по нашим данным до 35-40%); косвенное психотравмирующее воздействие за счет феномена глобализации и каналов единого информационного пространства, затрагивает общество в целом; 4) традиционные способы противодействия поименованным социальным эпидемиям, выстраиваемые по аналогам борьбы с биологическими эпидемиями, малоэффективны, либо не эффективны вовсе.

Далее, на основании многочисленных исследований, нами было показано, что основной движущей силой социальных эпидемий являются тенденции: 1) повышения агрессивности среды (в первую очередь – информационной, экологической); 2) прогрессирующего снижения адаптационного потенциала населения; 3) деградации или утраты естественных саногенных механизмов (в первую очередь – механизма естественного отбора); 4) запаздывания темпов формирования, компенсирующего деструктивные последствия вышеупомянутых факторов, механизма эффективной социальной самоорганизации.

Таким образом, феномен социальных эпидемий интерпретируется нами как разрастание адаптационного кризиса. Данный кризис у значительной части населения проявляется соответствующими расстройствами адаптации, либо фактами вовлечения в химическую и психологическую зависимость, которые рассматриваются нами как варианты патологической адаптации (А.Л. Катков, 2004, 2007, 2009).

Однако ключевым компонентом разработанной концепции является не сам по себе феномен социальных эпидемий и его обоснованная интерпретация, а факторы индивидуальной и социальной устойчивости, позволяющие удерживаться большей части населения в приемлемых диапазонах адаптации в условиях той же самой агрессивной среды.

3.3. В ходе масштабных эпидемиологических, клинических и социально-психологических исследований, проводимых в период 2001-2006 г.г. нами были идентифицированы психологические свойства, имеющие статистически достоверную и выраженную

антагонистическую взаимозависимость с индикативными признаками адаптационных расстройств пограничного уровня, высокими рисками и фактами вовлечения в химическую и психологическую зависимость. В частности было показано, что высокие уровни развития таких свойств, как: 1) полноценное завершение личностной идентификации; 2) наличие позитивного (идентификационного) жизненного сценария; 3) полноценная сформированность навыков свободного и ответственного выбора; 4) сформированность внутреннего локуса контроля; 5) наличие личностных ресурсов и навыков, необходимых для реализации позитивных жизненных сценариев; 6) наличие адекватной информированности о вредоносном воздействии агрессивных факторов среды (например, алкоголя, наркотиков, тоталитарных сект) по отношению к основным жизненным сценариям – эффективно препятствуют развитию адаптационных расстройств, вовлечению в зависимость от психоактивных веществ и психологическую зависимость.

В условиях строгих клинических и социально-психологических экспериментов было продемонстрировано, что конструктивная конфронтация с называемыми сценариями потребления алкоголя и наркотиков у субъекта (подростка, молодого человека) формируется в случае успешного прохождения следующих фаз:

- фаза полноценного (эволюционного или сформированного) развития первичного комплекса свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивным влияниям среды;

- фаза реального конфликта основного (идентификационного) жизненного сценария с краткосрочными дивидендами конкурирующих сценариев потребления ПАВ;

- фаза нейтрализации деструктивных сценариев употребления ПАВ, с полной или частичной редукцией мотивов к реализации данных сценариев;

- фаза реализации позитивного жизненного сценария при конструктивном типе взаимодействия с агрессивной средой (адекватная психологическая защита, асертивные способы реагирования).

Результаты данных исследований были положены в основу разработки новых диагностических, профилактических, терапевтических и реабилитационных технологий (А.Л. Катков, 2001, 2005; Ю.А. Россинский, 2005; А.А. Марашева, 2006; А.З. Нургазина, 2006).

Таким образом, основной тезис рабочей гипотезы, придающий концептуальную целостность метамодели социальной психотерапии, получил строгое научное обоснование в многочисленных докторских работах и прикладных исследовательских проектах.

3.4. В продолжение 2005-2010 г.г., на основе предшествующих исследований, нами были разработаны профильные скрининговые технологии, позволяющие осуществлять программу регулярного мо-

ниторинга уровней психического и психологического здоровья - устойчивости в отношении агрессивных факторов среди населения охватываемых регионов (А.Л. Катков, 2006). Далее была разработана компьютерная диагностическая программа раннего выявления рисков формирования зависимости и определения уровня развития психологического здоровья для 4-х возрастных категорий 9-11 лет, 12-14 лет, 15-18 лет, 19-32 лет, которая показала высокую эффективность при идентификации групп повышенного риска при экспериментальном внедрении (Ж.Ш. Аманова, А.Л. Катков, Ю.А. Россинский, Т.В. Пак, О.Г. Юсопов, 2007). На обе эти технологии были получены соответствующие патентные документы.

На основании результатов прикладных исследовательских проектов (Т.В. Пак, 2004; В.В. Титова, 2005) были разработаны общие принципы и технологии интегративно-развивающей психотерапии, эффективной как в отношении достижения универсальных, стратегических целей в метамодели СП – формирования высоких уровней устойчивости к агрессивным воздействиям среды, так и в отношении эффективного решения проблем, предъявляемых клиентами на различных стадиях и этапах психотерапевтического процесса (А.Л. Катков, Ю.А. Россинский, Т.В. Пак, В.В. Титова, 2005). В отношении данной технологии так же были получены патентные документы.

Нами были сформулированы основные принципы интегративного подхода к оформлению континуума развивающих практик, возможностей трансляции основного психотерапевтического эффекта – достижения существенных результатов в ограниченный период времени – в технологии следующего порядка (консультативные, тренинговые, образовательные). Экспериментальная апробация продемонстрировала перспективность использования данного подхода в метамодели СП (А.Л. Катков, В.В. Марков, 2009).

В настоящее время проходит апробацию методология и соответствующая компьютерная программа по определению эффективности психотерапевтических, консультативных и тренинговых технологий, используемых в метамодели СП (А.Л. Катков, 2010). Предполагается, что по завершению апробации с помощью данной программы, будет проведено картирование обозначенного блока терапевтических и развивающих технологий СП, с определением диапазона их эффективности, показаний и противопоказаний.

В настоящее время продолжается масштабное исследование по теме «Первичная психотерапевтическая помощь населению современного мегаполиса», проводимого кафедрой психотерапии и психосоматики СПбГПМА (В.В. Титова), в ходе которого осуществляется апробация методики социальной психотерапии, проводимой с использованием спе-

циализированных теле- и радиопрограмм. Предполагается проведение сравнительного анализа между дифференцируемыми формами первичной психотерапевтической помощи, с разработкой методологических принципов и практических рекомендаций по повышению эффективности данного организационного подхода в оказании доступной психотерапевтической помощи населению крупных городов.

Таким образом, основной массив скрининговых диагностических, профилактических, и терапевтических технологий, объединяемых в русле предлагаемого интегративного подхода – главного методологического стержня метамодели СП, - к настоящему времени разработан или находится в стадии завершения прикладного исследовательского проекта. Результаты предварительной апробации технологий СП оправдывают ожидания и являются обоснованными аргументами для полномасштабного внедрения метамодели социальной психотерапии.

3.5. В настоящее время можно говорить о том, что процесс институализации (полноценного, масштабного и нормативно-утверженного внедрения на национальном уровне) метамодели СП, в части организации аддиктологического кластера, имеет место на территории Республики Казахстан.

Так, основополагающими документами, определяющими политику и основные направления антинаркотической деятельности в РК – Стратегией борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 г.г., соответствующим Постановлением Правительства «О Программе борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2009-2011 годы», предписывается реализация мероприятий, «... направленных на повышение эффективности соответствующих диагностических и первично-профилактических программ психологической устойчивости населения к вовлечению в основные социальные эпидемии (наркомания, преступность, терроризм, религиозный экстремизм) ... для выполнения поставленных задач необходимо совершенствование психотерапевтической, социально-психологической помощи в Республике Казахстан».

В соответствии с п. п. 17, 18 Правительственной Программы в 479 учебных учреждениях РК внедряются технологии компьютерной диагностики рисков вовлечения в эпидемии химической и психологической зависимости, с адекватной коррекцией высоких рисков и постоянным мониторингом эффективности первично-профилактического этапа аддиктологической помощи. Социальные педагоги и школьные психологи данных учебных заведений проходят специальную подготовку на кафедре психотерапии, наркологии, клинической и консультативной психологии РНПЦМСПН, а так же имеют возможность дистанционного консультирования в отношении любых возникающих проблем.

В сентябре 2007 года утвержден приказ МЗ РК «Об организации кластера в системе наркологической помощи Республики Казахстан», который, в совокупности с приказом МЗ РК «О стандарте организации наркологической помощи» (2010 г), обеспечивают выполнение основных задач аддиктологического сектора метамодели СП. Планируется, что сферой активности аддиктологического кластера в РК к 2014 году будет охвачено от 60 до 80% нуждающегося населения.

В период 2003-2010 г.г. сотрудниками РНПЦ МСПН было разработано 78 единиц профессиональных стандартов (мониторинга, услуг, квалификационных, образовательных, организационных), представляющих обновленную технологическую основу аддиктологического сектора метамодели СП. Большая часть данных стандартов утверждена или находится на стадии утверждения в МЗ РК.

Полноценное внедрение модели психотерапевтического кластера будет реализовано в период 2011-2013 г.г., в ходе выполнения следующей научно-технической программы РНПЦМСПН «Эффективная профилактика распространения социальных эпидемий (наркозависимости, экстремизма, вовлечения в криминальные сообщества, деструктивные секты, игромании) в Республике Казахстан».

Литература:

1. Алтынбеков С. А., Катков А. Л. *Медицинские аспекты противодействия наркозависимости в Республике Казахстан*. – Павлодар, 2006. – 302 с.
2. Беребин М. А. *Материалы IV Паназиатского конгресса. Некоторые проблемы системы образования в области психотерапии в Российской Федерации* // Ж. Психотерапия. – 2006. – № 12. – С. 41-44.
3. Бондаренко А. Ф. *Семантика манипуляции* // Ж. Психотерапия. – М., 2009. – № 6. – С. 13-21.
4. Бохан А. Н., Катков А. Л., Россинский Ю. А. *Ранняя профилактика и необилитация больных опийной наркоманией*. – Павлодар, 2005. – 287 с.
5. Вид В. Д. *Поиски истины или концепция?* // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – № 1. – С. 123-125.
6. Гингер С. *Эволюция психотерапии в западной Европе* // Ж Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2002. – Т. 8, № 3. – С. 47-53.
7. Горбатов Д. С. *Ключевые основания типологии слухов* // Ж. Вопросы психологии. – М., 2010. – № 2. – С. 101-110.
8. Каган В. Е. *Саентология и психотерапия: экспертные материалы* // Независимый психотерапевтический журнал. - 1998. – № 4. – С. 61-72.
9. Карвасарский Б. Д. *Психотерапевтическая энциклопедия*. - СПб.: Питер, 1998. – 743 с.
10. Карвасарский Б. Д., Кульгавин Л. М., Якубzon А. М. *Структура, пути и перспективы развития психотерапевтической службы в Российской Федерации* // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1991. – № 3. – С. 38-50.
11. Катков А. Л. *Базовая динамика организационных подходов в психотерапии – от элитных к социализированным* // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2000. – Т. 7, № 2. – С. 46-48.
12. Катков А. Л. *Метамодель социальной психотерапии* // Психология и психопатология терроризма. Гуманитарные стратегии антитеррора / Сборник статей под ред. М. М. Решетникова. – СПб.: Восточно-Европейский институт Психоанализа, 2004. – С. 238-248.
13. Катков А. Л. *Методология комплексного исследования психического и психологического здоровья населения*. – Павлодар, 2006. – 77 с.
14. Катков А. Л. *Методология комплексного определения эффективности психотерапии* // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – 2010. – Т. 10, № 1. – С. 7-56.
15. Катков А. Л. *Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан* // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – 2001. – Т. 1, № 2. – С. 9-12.

4. Заключение

На основании изложенного можно сделать выводы о дееспособности рабочей гипотезы метамодели социальной психотерапии по всем основным позициям. В контексте подтвержденных положений общей теории социальных эпидемий, метамодель социальной психотерапии является эффективным способом социальной самоорганизации, компенсирующим утрату естественных саногенных механизмов и профилактирующим распространение наиболее масштабных деструктивных социальных явлений современности.

Вне всякого сомнения, рассматриваемая модель СП является действенным стимулом для реформирования и развития системы психотерапевтической и аддиктологической помощи населению. Об этом свидетельствуют факты достижения ожидаемых краткосрочных результатов за сравнительно небольшой временной период.

Следовательно, существует высокая вероятность достижения среднесрочных и долгосрочных результатов реализации метамодели социальной психотерапии, отвечающих наиболее актуальным нуждам и потребностям современного общества.

-
-
16. Катков А. Л. Психотерапия – современные векторы развития профессии в Республике Казахстан // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2005. – №2. – С. 56-59.
17. Катков А. Л. Психотерапия Центральной Азии // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2002. – Т. 8, № 2. – С. 122-124.
- Катков А. Л. Социальная модель психотерапии – что это? // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2002. – Т. 8, № 2. – С. 9-11.
18. Катков А. Л. Социальные эпидемии и новые профилактические подходы // Сборник статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков». – Павлодар, 2007. – С. 172-236.
19. Катков А. Л. Социальные эпидемии современного общества и вопросы формирования психологической устойчивости населения // Материалы международной научно-практической конференции «Психическое здоровье нации – условие стабильного развития государства». – Костанай, 2009. – С. 25-32.
20. Катков А. Л., Джарбусынова Б. Б. Психическое здоровье населения Республики Казахстан (по материалам комплексного исследования 2003 года). – Павлодар, 2006. – 409 с.
21. Катков А. Л., Макаров В. В. Актуальные социальные контексты и условия формирования интегративного движения в психотерапии // Ж Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2009. – Т. 15, Специальный выпуск, посвященный III съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов Республики Казахстан. – С. 58-90.
22. Катков А. Л., Макаров В. В. Философские и научно-исторические основания интегративной психотерапии // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2009. – Т. 15, № 3. – С. 7-20.
23. Катков А. Л., Пак Т. В., Россинский Ю. А., Титова В. В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. – Павлодар, 2005. – 266 с.
24. Каширова О. Е., Курпатов А. В. Психотерапевтическая служба: невозможность и необходимость (петербургский опыт развития психотерапевтической службы) // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 4. – С. 41-45.
25. Колосов В. П. Заметки о советской психотерапии 40 – 70-х годов // Ж. Психотерапия. – 2008. – № 9. – С. 18-19.
26. Лукьянов О. В. Методология и практика психогигиены в мире социальных изменений. Проблематика экзистенциальных опозданий // Ж. Психотерапия. – М., 2007. – № 2. – С. 21-23.
27. Макаревич Э. Ф., Карпухин О. И. Культура массовых коммуникаций // Ж. Психотерапия. – М., 2009. – № 8. – С. 18-25.
28. Макаров В. В. Психотерапия нового века // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2001. – Т. 7, № 1. – С. 19-21.
29. Макаров В. В. Путь консолидации психотерапии в Российской Федерации // Ж. Психотерапия. – М., 2008. – № 9. – С. 9-14.
30. Макаров В. В. Расширенные тезисы ежегодного отчетного доклада президента съезду Профессиональной Психотерапевтической Лиги // Материалы X съезда Профессиональной Психотерапевтической Лиги. – М., 2008. – 9 с.
31. Марашева А. А. Особенности формирования свойств антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к. м. н. – Алматы, 2006. – 27 с.
32. Нургазина А. З. Особенности групповой психотерапии подростков с повышенным риском вовлечения в зависимость от психоактивных веществ: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к. м. н. – Алматы, 2006. – 29 с.
33. Пак Т. В. Особенности групповой психотерапии больных наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к. м. н. – Алматы, 2004. – 30 с.
34. Решетников М. М. Какой кризис мы переживаем? Прогнозирование состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных и кризисных состояниях // Доклад на 2-м заседании Общероссийского совета по психотерапии и консультированию.- М., 2009. – 6 с.
35. Решетников М. М. Психотерапия в России: история и современность // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. – № 3. – С. 37-48.
36. Роджерс К. О групповой психотерапии. – М.: Наука, 1993. – 224 с.

ИНТЕГРАТИВНОЕ ДВИЖЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ (МЕТОДОЛОГИЯ, ДОСТИЖЕНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ)

А.Л. Катков, В.В. Макаров

1. Контекст и предшествующие достижения

1.1. Мировая психотерапия, будучи одной из наиболее востребованных и массовых профессий, развивается в основном за счет прогресса традиционных и формирования новых психотерапевтических школ, модальностей, методов (С. Гингер, 2002), но также и за счет их объединения в эклектические, синтетические и интегративные системы, которые и отражают новую содержательную реальность психотерапии (В.В. Макаров, 2001).

В конце прошлого века Норкросом и Ньюманом было сформировано десять условий, способствующих интегративным процессам в психотерапии: 1) распространение многочисленных форм и методов психотерапии, затрудняющих выбор, а также их изучение и применение; 2) неадекватность какого-либо одного из психотерапевтических направлений для всех категорий пациентов; 3) ни одна из теорий не может адекватно объяснить или предсказать возникновение патологии, изменение поведения; 4) улучшение коммуникации между клиницистами и исследователями, что увеличивает возможности экспериментирования в области психотерапии; 5) поиск общих базовых процессов, характерных для всех форм психотерапии, и постепенное признание того факта, что разные методы, по сути, могут иметь больше сходств, чем различий; 6) примерно равная эффективность лечения, независимо от форм психотерапии; 7) акцент на существенной роли взаимоотношений психотерапевт-пациент при любых формах психотерапии; 8) возрастание роли краткосрочной и симптоматической терапии; 9) социально-экономические процессы в обществе, оказывающие более унифицирующее, чем разъединяющее влияние на профессиональную психотерапию; 10) развитие профессиональных организаций, которые устанавливают стандарты качества подготовки психотерапевтов и качества оказания психотерапевтических услуг (Norcross, Newman, 1992).

При этом, безусловно, основными стимулами интегративного движения и реализации тезиса: «от психотерапии стихийной к психотерапии профессиональной» (В.В. Макаров, 2000) являются финансово-экономические. Соответствующие фонды или бюджетные организации отказываются финансировать практику каких-либо сомнительных, не апробированных должным образом и не унифицированных интервенций. То есть, речь идет о необходимости достаточно строгого научного обоснования, доказательной и предсказуемой эффективности производимых лечебных мероприятий.

Между тем, приходится констатировать, что этого основного рычага –инструмента прикладной научной методологии, позволяющего проводить адекватный отбор и унификацию апробированных психотерапевтических методов, как и подлинно научного базиса психотерапии, - до настоящего времени разработано не было. Так, по свидетельству Джейфри Зейга – организатора известных в психотерапевтическом мире международных конференций «Эволюция психотерапии» - лидеры мировой психотерапии последних десятилетий лишь сформулировали вопросы, на которые еще только предстоит найти исчерпывающие ответы. Существует ли какое-либо единство в пестром многообразии психотерапевтических теорий и практик? Возможно ли понимание между представителями разных психотерапевтических ориентаций? Если да, то каким должен быть язык, способный обеспечить это понимание? Существует ли методология, которая позволит осмысливать психотерапию в ее единстве и целостности? (Дж. Зейг, 2000).

Еще более определенно высказываются в этом смысле лидеры советской и постсоветской психотерапии и психологии: «Психотерапия как научная дисциплина должна иметь свою теорию и методологию, собственный категориальный аппарат, терминологию и т.д., одним словом, все то, что характеризует самостоятельную научную дисциплину. Однако разнообразие направлений и течений, школ и конкретных методов психотерапии, основанных на различных теоретических подходах, приводит к тому, что в настоящее время не существует даже единого определения психотерапии» (Б.Д. Карвасарский, 2000); «Этап формирования психотерапии как самостоятельной науки - еще впереди» (В.В. Макаров, 2001); «Мы должны признать, что сегодня трудно говорить о единой, общей психотерапии, как о сформировавшейся научной дисциплине... налицо кризис психотерапевтического знания» (В.Н. Цапкин, 1992).

Приходится признать и тот факт, что грядущий «перевод» неоправданного плюрализма модальностей и методов профессиональной психотерапии в каркас достаточно жестких требований объективной науки (например, таких требований, как «заниматься проблемами психики на естественно-научной основе» (М. Розин, 2002), встречает серьезные и аргументированные возражения. Суть такого рода оппозиционных суждений сводится к тому, что современная наука (в смысле философско-методологического оформления и содержания естественно-научных подходов), в частности, психологическая наука, пребывающая в состоянии глубокого и дли-

тельного кризиса, не готовы к тому, чтобы адекватно решать сложнейшие проблемы становления личности и человеческих взаимоотношений, и что это и есть главный «камень преткновения» развития психотерапии как подлинно научной дисциплины: «теории («научное тоннельное видение») разлагают целостную личность человека на составные «части», на отдельные процессы, на отдельные проявления, следовательно, мешают главной цели психотерапии – утвердить целостность личности клиента» (В.Ю. Завьялов, 2002); «Любая физическая картина мира абсолютно не оставляет места явлениям, которые интересуют психологию» (Ф.Т. Михайлов, 2001). То есть, доминирующие в поле объективной науки подходы размывают и отнимают то единственное, на что еще можно опереться – мир предметов, объектов и субъектов, в котором мы существуем. Апофеоз глубоко прочувствованного и осмысленного протеста на такого рода презентацию реальности дается в знаменитом эссе Мартина Хайдеггера: «К чему такие вопросы о деле, относительно которого каждый справедливо соглашается, что оно, мол, ясно всему миру, как день – то, что мы на земле, а в данном избранном примере стоим напротив дерева. Но не будем слишком поспешны с такими допущениями, не будем принимать эту ясность слишком легко. Мы сразу же отказываемся от всего, лишь только нам такие науки, как физика, физиология и психология с научной философией, со всей их оснащенностью примерами и доказательностью объясняют, что мы, собственно, не видим никакого дерева, а в действительности воспринимаем некую пустоту, в которой определенным образом рассеяны электрические заряды, мчащиеся с великой скоростью туда и сюда... Откуда берут эти науки полномочия на такие суждения? Откуда берут эти науки право определять местоположение человека, а себя приводить в качестве мерила этого определения?... Но мы сегодня склонны скорее повалить цветущее дерево, чем отказаться от наших якобы более ценных физических и физиологических знаний» (M. Heidegger, 1970).

При наличии столь глубоких противоречий в системах естественно-научных и гуманитарных знаний и подходов, реальное продвижение по пути интеграции в общем поле профессиональной психотерапии осуществляется, в основном, за счет осмысленного поиска так называемых общепсихотерапевтических факторов, т. е., за счет «внутренней» эклектики и вычленения тех факторов и обстоятельств, которые способствуют повышению эффективности любого психотерапевтического действия. При этом, проведенный нами анализ соответствующих публикаций по данной теме (в общей сложности исследовано около 200 источников) показал, что практики вся группа факторов, обозначенных как «общепсихотерапевтические», при ближайшем рассмотрении является функциональным контекстом, либо основ-

ным содержанием признанных психотерапевтических методов, и что механическое сведение вышеуказанных факторов в общий список (весьма полезное в отношении идентификации унифицированных требований по формированию соответствующих метанавыков у профессиональных психотерапевтов), не повлекло за собой появления универсальной терапевтической идеи, по своей глубине и эффективности заведомо превосходящей многочисленных «школьных» прародителей. Попутно прояснилось еще одно важное обстоятельство: каждая состоявшаяся психотерапевтическая школа есть более или менее удачная попытка интеграции представлений о механизмах страдания («исходного состояния», «дефекта» и др.), психотерапевтической интервенции, технологических подходах и способах отслеживания результатов такого воздействия. А также – за счет подлинной психотерапевтической эклектики, которая представлена особым направлением мультимодальной психотерапии (A. Lazarus, 1984), и которая есть система продуманных предпосылок выбора тех или иных приемов психотерапевтической работы для конкретного пациента с конкретной проблемой (В.Ю. Завьялов, 1988). Однако сама по себе приверженность психотерапевтической эклектике, которая, возможно, и есть проявление необходимого здравого смысла в противоречивом идеологическом пространстве существующих методов и подходов, не восполняет дефицит подлинного системообразующего стержня психотерапии и не обеспечивает необходимых темпов развития профессии.

Таким образом, конкуренцию существующим уровням целостности профессий могут составить лишь подлинные методологические прорывы, приносящие неоспоримые дивиденды каждой из представляющих современную психотерапию модальностей. При отсутствии этого системообразующего импульса интегративное движение не имеет особых преимуществ перед процессом развития действующих психотерапевтических направлений и методов, скрыто или явно претендующих на роль основополагающих интегративных концептов в общем поле профессиональной психотерапии (А.Л. Катков, В.В. Макаров, 2009).

В качестве обозначенных методологических прорывов предлагаются варианты особых психотехнических теорий, в которых: подчеркиваются и систематизируются различия между естественно-научным, академическим подходом и общей методологией реализации психологической практики (Ф.Е. Василюк, 1992); используется организованная и продуманная система понятий, основанных на философских и логических построениях, детально описывающих диалогизированный процесс психотерапии (В.Ю. Завьялов, 2002); обосновывается особая технологическая парадигма развития таких направлений как практическая psychology и психотерапия, отличная от научной, но предъявляющая к научно-

му базису жесткие требования (А.В. Юревич, 2008). То есть, сами по себе вышеназванные психотехнические теории с выверенной общей методологией построения психотерапевтического процесса (безусловно, свидетельствующие о прогрессе в сфере интегративного движения), в очередной раз демонстрируют наличие глубоких противоречий между естественно-научными и гуманитарными подходами, но не предлагают каких-либо сущностных идей по преодолению данной ситуации. Более того, авторы данных теорий, по-видимому, считают любое движение в данном направлении излишним и ничем не оправданным. То же самое можно сказать и о попытках возведения существующих теорий и метатеорий психотерапии в статус постмодернистских, постнеклассических научных подходов, с оправданием их «сепаратизма». Углубленный анализ показывает, что апологетами постнеклассических подходов в психологии и психотерапии усваивается и используется, в основном, лишь расхожий лексикон и некоторые вырванные из контекста тезисы, при игнорировании фундаментальных принципов рассматриваемых подходов, ни в коей мере не отрицающих достижения позитивистской науки (Е.Е. Соколова, 2008; А.Л. Катков, В.В. Макаров, 2009).

Остановка развития интегративного движения в психотерапии на данных рубежах, по нашему мнению, как раз и будет означать фактическую консервацию профессиональной психотерапии в статусе «ремесла», «особого коммуникативного искусства», в котором она, по большей части, и пребывает в настоящее время.

1.2. Профессиональная психотерапия в бывшем Советском Союзе и постсоветских республиках - Российской Федерации и Казахстане – имела и продолжает иметь свою специфику развития, которую необходимо учитывать при анализе интегративных процессов:

- медицинская модель (патогенетическая психотерапия по В.Н.Мясищеву), доминирующая в данном регионе, в своих самых лучших образцах является эклектической, использующей междисциплинарные ресурсы биологических дисциплин, антропологии, психологии, персонологии (В.Н. Мясищев, 1973). Изначально достаточно ограниченный технический репертуар практикующих психотерапевтов в последние годы обогащался за счет заимствованных методик краткосрочной психотерапии «новой волны». То есть, в общем поле легальной психотерапии до настоящего времени имеет место как «внутренняя» - теоретическая, так и «внешняя» - технологическая эклектика.

Психологическая модель на территории постсоветского пространства представлена, в основном, теорией и практикой психологического консультирования, поскольку лица с психологическим образованием не имеют легального доступа к профессиональной психотерапии. В этих условиях традиции «школьной» психотерапии, требующей упор-

ной многолетней подготовки, редуцируются до краткосрочных (2-3 недели) или среднесрочных (2-4 месяца) курсов, «коллекционируемых» практикующими психологами. Таким образом, и при реализации психологической модели психотерапии используются, в основном, эклектические подходы, которые затем имеют тенденцию к оформлению в самостоятельные методы;

- в условиях тотального дефицита профессиональной психотерапевтической и консультативно-психологической помощи эту нишу в течение последних десятилетий занимают парапрофессионалы всех «мастерий» - экстрасенсы, целители, колдуны, маги и пр., общее число которых в сотни раз преувеличивает количество действующих психотерапевтов. Именно этот многочисленный отряд парапрофессионалов формирует такие особенности ментальности жителей стран СНГ, как: ожидание сверхбыстрых изменений, т.е., чуда; мифологическое мышление с верой в сверхъестественные силы, «космический разум» и др.; пассивная роль в процессе терапии; малый интерес к реальным результатам терапии и готовность принимать эразмы, такие, например, как «любовь к целителю», установка на таинство преображения, а не на познание техники перемен; готовность к любым, даже опасным для здоровья экспериментам ради достижения идеальной цели; стремление к обобществленности, неумение выделить конкретные проблемы и задачи по их адекватному решению (В.Ю. Завьялов, 2002). То есть, для того, чтобы обеспечивать успешную конкуренцию с парапрофессионалами, психотерапевтическая теория и практика должна концентрироваться на обосновании и разработке методик краткосрочной и экспресс-психотерапии, заведомо превосходящих по своей эффективности (не говоря уже о долгосрочных экологических эффектах) широко используемые магические и мистические парапрактики;

- этот же тотальный дефицит и рукотворные сложности к доступу в профессиональную психотерапию породили и другую волну – поднимающуюся кластера более простых и востребованных технологий (консультативных, медиативных, тренинговых и других), и, как уже было сказано, имеющих тенденцию к обособлению и жесткому отстаиванию своих идентификационных границ. В сложившихся условиях, для эффективной интеграции этих новых профессиональных кластеров, одних только предложений облегченного доступа в поле профессиональной психотерапии будет уже недостаточно – необходимы более существенные дивиденды, мотивация и внятная модель взаимодействия профессионалов развивающегося профиля в общем контексте социальной психотерапии;

- следует иметь ввиду, что если в странах с развитыми институтами профессиональной психотерапии основными стимулами к интегративному движению являются экономические, а границы пред-

полагаемой интеграции не выходят за рамки общего поля профессиональной психотерапии, то в странах СНГ основные стимулы к формированию соответствующего интегративного движения - социальные, а рамки интеграции с необходимостью предполагают эффективное взаимодействие психотерапевтических, консультативных, тренинговых и других состоявшихся институтов в общем поле проработанной метамодели социальной психотерапии.

Таким образом, вышеизложенные специфические особенности развития психотерапии в рассматриваемом регионе, с одной стороны, способствуют успеху интегративного движения (прежде всего, в силу укоренившейся профессиональной эклектики), а с другой – предъявляют существенно более жесткие требования к конечному результату данного процесса – степени эвристичности новой теории интегративной психотерапии и объемам практических дивидендов. Безусловно, существуют и достаточно жесткие ограничения по времени прохождения основных этапов интегративного движения, поскольку общая ситуация достаточно стремительно меняется в худшую для интегративных процессов сторону.

Успешное продвижение в разработке новых теорий и методологического оформления практики интегративной психотерапии, с учетом всех вышеизложенных специфических условий, по нашему мнению, возможно лишь в рамках специального, достаточно масштабного проекта, осуществляющего с привлечением наиболее дееспособных и заинтересованных институтов профессиональной психотерапии.

2. Методологические и организационные основы интегративной психотерапии

2.1. В рамках реализации совместного исследовательского проекта (см. заключительные фрагменты настоящего раздела) нами были разработаны следующие методологические и организационные принципы, способствующие интенсификации интегративного движения в психотерапии Российской Федерации и Республики Казахстан.

Базисные допущения:

- интегративные процессы в психотерапии в наибольшей степени отвечают внешним (социальным) и внутренним (профессиональным) потребностям в отношении существенного повышения объема и эффективности оказываемой населению профильной помощи;

- психотерапия может и должна быть представлена самостоятельным (интегрированным) научно-практическим направлением с адекватным естественно-научным и прикладным базисом;

- в общем поле профессиональной психотерапии постсоветских республик существуют благоприятные исходные условия, научный и организационный потенциал, целенаправленное использование которых может способствовать успеху интегративного движения в психотерапии.

Сущностные характеристики интегративного процесса

Интегративный процесс в нашем варианте представлен четырьмя последовательными подпроцессами:

1) идентификация адекватных естественно-научных и прикладных характеристик профессиональной психотерапии;

2) дифференциация самостоятельной дисциплины – психотерапии – в общем континууме помогающих и развивающих практик на основе полученных идентификационных признаков;

3) объединение действующих психотерапевтических модальностей в целостное научно-практическое направление – психотерапию;

4) интеграция профессиональной психотерапии с другими психологическими и социальными практиками на принципиальных основах метамодели социальной психотерапии.

Содержательные характеристики интегративного процесса представлены тремя функциональными блоками:

1) аналитическим (сюда включается исследовательская и аналитическая деятельность по выведению естественно-научных и прикладных основ профессиональной психиатрии);

2) смыслообразующим (здесь представлена деятельность по адекватному информированию и мотивации представителей отдельных направлений и модальностей психотерапии к полноценному функциональному и организационному объединению);

3) институциональным (здесь представлен наиболее объемный и проблемный блок нормативной и организационно-технологической деятельности по формированию обновленных, дееспособных институтов профессиональной психотерапии, метамодели социальной психотерапии).

Уровневые характеристики интегративного процесса

Из всего сказанного следует, что интегративный процесс должен быть представлен, как минимум, на трех уровнях:

1) уровень интеграции с общепризнанным научным базисом, в частности, с естественно-научным парадигмальным полюсом современного знания (данний уровень, как было показано в первой части настоящего сообщения, является основным «камнем преткновения» в оформлении психотерапии в самостоятельную научно-практическую дисциплину);

2) уровень внутренней интеграции – полноценного объединения различных модальностей и направлений, относящих себя к общему полю профессиональней психотерапии;

3) уровень внешней интеграции обновленного института профессиональной психотерапии, институтов психологической и социальной практикой в общей метамодели социальной психотерапии.

Основные этапы интегративного процесса

Мы выделили следующие необходимые этапы интеграционного процесса в психотерапии:

1) предварительный, организационно-методологический этап (на данном этапе идентифицируются основные контексты и смысл интегративного движения в общем поле профессиональной психотерапии, разрабатывается методология исследовательского и организационного процесса, содержание и формулировка основных понятий и характеристик интегративной психотерапии);

2) этап реализации необходимых базисных и прикладных исследований (этот наиболее сложный и ответственный этап закладывает адекватную теоретическую и технологическую основу психотерапии как самостоятельного научно-практического направления);

3) этап апробации и институализации разработанных инновационных подходов, достижения соответствия критериям модели интегративной психотерапии.

Рабочее определение интегративной психотерапии следующее: под интегративной психотерапией следует понимать самостоятельное научно-практическое направление, характеризующееся: 1) общим и адекватным для дисциплинарной специфики научным базисом; 2) целостностью и непротиворечивостью общей методологии; 3) функциональным (в смысле приверженности общим дисциплинарным установкам) и организационным (в смысле координированной длительности) единством основных институтов, представляющих профессиональную психотерапию. При этом под общей методологией реализации психотерапевтической практики мы имеем в виду систему общетерапевтических факторов, признаваемых большинством действующих профессионалов, но не частную методологию (используемые техники и методики) профессиональной психотерапии.

Дисциплинарная матрица интегративной психотерапии – основной инструмент обеспечения методологической целостности любого самостоятельного научно-практического направления, в частности, психотерапии. Полное определение дисциплинарной матрицы следующее: под дисциплинарной матрицей понимается совокупность определенных знаний и методологии их практического использования, для которых характерны такие свойства, как: 1) специфичность (т. е., обращенность к определенной области социальных потребностей); 2) системность; 3) целостность; 4) методологическая разработанность основных информационных и функциональных блоков; 5) наличие действующего информационного (актуальные знания) и функционального (актуальная практика) базиса и проработанных механизмов их обновления; 6) наличие дееспособной институциональной модели, т. е., вариантов представленности конкретного научно-практи-

ческого направления в системе действующих или обновленных социальных институтов.

Структурный каркас дисциплинарной матрицы представляет собой инструмент системной организации самостоятельного научно-практического направления. При этом выделяются следующие уровни:

- уровень фундаментальных допущений (данный уровень, как правило, определяет принадлежность конкретной дисциплины к какому-либо идентифицированному полюсу научных знаний – естественно-научному, гуманитарному);

- уровень базисных теорий и концепций (данный уровень представляет блок научных теорий, с помощью которых возможна полноценная трансформация систематизированного опыта в самостоятельное научно-практическое направление);

- уровень прикладных теорий и концепций (на данном уровне обосновывается возможность pragmatischenkoj i effektivnoj ispolzovaniya imeyushcij sistemy znanij v prakticheskikh tselyax);

- уровень актуального профессионального поля (данный уровень представлен набором актуальных знаний, умений, навыков и профессиональных спецификаций, которые наиболее востребованы в существующих условиях, и могут быть обеспечены общим дисциплинарным потенциалом);

- уровень профессиональных стандартов (система профессиональных стандартов является общей методологией организации и обеспечения качества практической деятельности, осуществляющейся в рамках определенного научно-практического направления; при этом, в интересующем нас секторе выделяют следующие группы профессиональных стандартов: стандарты мониторинга; стандарты услуг (технологический стандарт); стандарты профессиональной спецификации и квалификации; стандарты профессиональной подготовки; организационный стандарт).

Функциональный каркас дисциплинарной матрицы включает в себя:

- определение специфики социальных потребностей, удовлетворяемых с помощью разрабатывающего научно-практического направления;

- определение специфики основного объекта, охватываемого сферой функциональной активности конкретного направления;

- определения специфики предмета – основной «точки приложения» исследовательского и функционального блоков научно-практической дисциплины;

- наличие сформулированных целей, которые предстоит достигнуть за счет соответствующей профессиональной активности;

- наличие разработанных задач, которые предстоит решить в ходе достижения поставленных целей;

- наличие разработанной методологии решения всего комплекса задач, стоящих перед профессиональным сообществом;

- наличие разработанной методологии оценки эффективности в достижении планируемых результатов.

Основной критерий успешности интегративного процесса – наличие проработанной дисциплинарной матрицы самостоятельного научно-практического направления – психотерапии, включая все уровни структурного и компоненты функционального каркасов данного инструмента.

2.2. Структуры исследовательских задач и характеристика ресурсов, привлекаемых для их решения в рамках совместного проекта, были следующими.

Основные исследовательские задачи:

- уточнение актуальных социальных контекстов и запросов, являющихся основными стимулами для развития интегративного движения и формирования метамодели социальной психотерапии; определение общих контуров и масштабов функциональной активности профессиональной психотерапии, а также разработка прочих позиций функционального каркаса дисциплинарной матрицы (в частности, универсальных целей и задач интегративной психотерапии);

- разработка концептуального синтеза естественно-научной и гуманитарной парадигм в сфере общей методологии научного познания, с возможностями адекватной реализации тезиса о необходимости изучения психики на естественно-научной основе, удовлетворительного объяснения феноменологии психического в целом, и в частности – парадоксальной сущности и ресурсного потенциала внеознательных психических инстанций, объективизации научных знаний и результатов, получаемых в сфере профессиональной психотерапии;

- разработка общей теории и методологии интегративной психотерапии со следующими основными концепциями: 1) обоснование наиболее востребованного феномена психотерапии – возможности достижения значительных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений у клиентов в ограниченные временные периоды; 2) выведение универсальных составляющих психотерапевтической коммуникации; 3) обоснование универсальных механизмов в психотерапии, обеспечивающих возможность достижения главных результатов психотерапевтического процесса; 4) обоснование системы метафакторов, возможностей технического синтеза, существенно повышающих эффективность используемых психотерапевтических технологий, и возможностей их трансляции в психотерапевтические модальности; 5) разработка и обоснование дифференциированной системы метафакторов, существенно повышающих эффективность гуманитарных развивающих практик, и возможностей их трансляции в форматы консультативных, тренинговых, образовательных, воспитательных и других технологий; 6) разработка системы промежуточных и конечных индикаторов, общей и частной методологии оценки эффективности психотерапии и иных

консультативных и развивающих практик, представленных в метамодели социальной психотерапии; 7) разработка унифицированной системы основных понятий, категорий и общего тезауруса интегративной психотерапии;

- формирование и реализации специальной исследовательской программы, предусматривающей выведение полноценной доказательной базы и аргументации в отношении истинности и высокой степени эвристичности фундаментальных теоретических положений, дееспособности основных концептов прикладной теории интегративной психотерапии, эффективности предлагаемых технологических инноваций.

То есть, речь идет об адекватной проработке и формировании первых четырех уровней дисциплинарной матрицы, возводящих интегративную психотерапию в статус самостоятельной научно-практической дисциплины.

Привлекаемые ресурсы

Реализация проекта по разработке самостоятельного научно-практического направления интегративной психотерапии осуществлялась кафедрой психотерапии, наркологии, медицинской и консультативной психологии, научным блоком Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНЦП МСПН), руководитель – профессор А.Л. Катков (Казахстан); кафедрой психотерапии, медицинской психологии с курсом сексологии и сексопатологии Российской Академии постдипломного образования (РАПО), руководитель – профессор В.В. Макаров (Российская Федерация). Общий срок реализации проекта – с 2001 по 2010 гг. с продлением до 2012 г.

За прошедший период научным блоком РНЦП МСПН было реализовано три научно-технических программы с приоритетным направлением в сфере интегративной психотерапии. В рамках реализации планируемой четвертой программы (2011-2013 гг.) предполагается завершение проекта.

Специально следует отметить, что дееспособность и эффективность разрабатываемых подходов в сфере интегративной психотерапии апробировалась, в первую очередь, среди контингента с наиболее тяжелыми формами химической зависимости. То есть, общие преимущества и технологические дивиденды используемых подходов должны были находить отражение в наиболее объективном критерии, значение которого с течением времени только лишь повышается, - показателе длительности и качества ремиссии. Кроме того, по общему признанию, пациенты с наркотической зависимостью являются наиболее сложными для практикующих психотерапевтов. Достижение среднесрочных и долгосрочных терапевтических результатов с такого рода клиентами свидетельствует о несомненной эффективности используемых психотерапевтических подходов и технологий. Наконец, модель употребления

психоактивных веществ с целью преодоления адаптационного кризиса, достижения приемлемого качества жизни – является в значительной степени конкурентной и антагонистической по отношению к технологиям развития высоких уровней индивидуального и социального психологического здоровья (т.е., технологиям интегративной и социальной психотерапии). В этой связи, об успешности или неуспешности последних можно судить по интенсивности проявления и масштабам распространения химической зависимости, что и было использовано в соответствующих исследовательских фрагментах.

2.3. Структура институциональных задач и характеристика привлекаемых для их решения ресурсов были следующими.

Основные институциональные задачи:

- разработка и аprobация системы профессиональных стандартов в сфере профессиональной психотерапии;
- разработка и аprobация системы профессиональных стандартов в сфере социальной психотерапии;
- разработка обновленной организационной модели системы психотерапевтической помощи населению, институциональной модели профессиональной психотерапии;
- разработка организационно-структурных характеристик метамодели социальной психотерапии;
- разработка нормативной базы (законов, межведомственных и ведомственных приказов, иных нормативных актов, положений, инструкций), регулирующей профессиональную психотерапевтическую деятельность и способствующей реализации метамодели социальной психотерапии;
- формирование общественного института, адекватно представляющего интересы специалистов – психотерапевтов, специалистов гуманитарно-развивающего профиля, действующих в метамодели социальной психотерапии, а также координирующего деятельность по развитию психотерапии как самостоятельного научно-практического направления;
- разработка и реализация адекватных механизмов обновления функционального базиса профессиональной психотерапии.

То есть, речь идет о разработке четвертого и, главным образом, пятого уровней дисциплинарной матрицы психотерапии, обеспечивающих адекватное внедрение и институционализацию общей идеологии и практики интегративной психотерапии, эффективную реализацию метамодели социальной психотерапии.

Привлекаемы ресурсы

Выполнение вышеприведенных институциональных задач осуществлялось, в том числе, за счет ресурсов Профессиональной Психотерапевтической Лиги, ее Центрального Совета, Комитета по модальностям, Комитета по законодательству (президент ППЛ – профессор В.В. Макаров).

3. Некоторые промежуточные результаты совместного проекта

3.1. В соответствии с разработанной на предварительном этапе методологией и основными исследовательскими задачами, нами проводилось углубленное изучение социальных контекстов, формирующих основной запрос на активизацию интегративного движения в общем поле профессиональной психотерапии и реализацию метамодели социальной психотерапии. В частности, было показано, что наибольшее значение имеют следующие актуальные контексты:

- существенное возрастание степени агрессивности среди жизнедеятельности человека - информационной, биологической, социальной – с одновременной частичной или полной утратой естественных саногенных механизмов;
- стремительно возрастающий уровень распространения субклинических и пограничных форм психических и поведенческих расстройств, гипертрофированных психологических реакций, связанных с адаптационными нарушениями;
- беспрецедентные темпы и масштабы распространения основных социальных эпидемий – зависимости от психоактивных веществ, сектантства, экстремизма, вовлечения в террористические организации, криминальные сообщества;
- кризис существующих доктринальных подходов и запаздывание темпов формирования обновленных механизмов эффективной самоорганизации, в том числе – в сфере социального здоровья.

Нашиими собственными эпидемиологическими исследованиями было показано, что истинный уровень распространения пограничных психических и поведенческих расстройств, связанных с нарушением адаптации, составляет от 15 до 20 процентов. Распространение рисков и фактов вовлечения в психическую и психологическую зависимость колеблется от 17 до 22-х процентов. Таким образом, было уточнено, что основным объектом социальной психотерапии являются от 35 до 40 процентов населения, находящегося в зоне разрастания адаптационного кризиса.

В данной связи предметом нашего специального внимания стали факторы психологической устойчивости, позволяющие поддерживать высокий уровень адаптации и качества жизни в той же самой агрессивной среде, эффективно препятствующие развитию адаптационных расстройств, вовлечению в химическую и психологическую зависимость.

В ходе реализации прикладных научно-технических программ РНЦП МСПН, в частности, эпидемиологических, клинических и социально-психологических исследований, проводимых с 2001 года, нами были идентифицированы четко очерченные психологические свойства, высокие уровни развития которых имели выраженную, статистически достоверную антагонистическую взаимозависимость, а низ-

кие – выраженную позитивную взаимозависимость с индикативными признаками адаптационных расстройств пограничного уровня, высокими рисками и фактами вовлечения в химическую и психологическую зависимость. Принципиально важным являлся тот факт, что уровни развития идентифицированных психологических свойств могли быть точно диагностированы существующими экспериментально-психологическими методиками, а также то обстоятельство, что такого рода свойства были определены для каждой возрастной категории (с 7-летнего возраста до 32-х лет и далее, всего 5 возрастных категорий).

Таким образом, было показано, что основным предметом, универсальным для психотерапевтических и иных развивающих интервенций, являются низкие уровни развития определенной совокупности психологических свойств, и, соответственно, низкие уровни индивидуальной и социальной устойчивости к агрессивному воздействию среды. В то же время, основной универсальной целью психотерапевтических и иных технологий, представляющих метамодель социальной психотерапии, является достижение высоких уровней психологического здоровья, понимаемого как индивидуальная и социальная устойчивость к неблагоприятным средовым факторам.

Что же касается специальных психотерапевтических мишеней и целей, то они выстраиваются в соответствии с актуальной проблематикой, характером предъявляемых проблем и спецификой используемого технологического арсенала. Оптимальная комбинация и возможность параллельного достижения универсальных и специальных целей является специфической особенностью интегративной психотерапии.

Исходя из актуальных социальных контекстов, характеристик основного объекта, предмета и универсальных целей, были сформулированы основные направления функциональной активности профессиональной психотерапии:

- собственно терапевтическая, помогающая функция профессиональной психотерапии, адресованная лицам с пограничными, субклиническими и более тяжелыми проявлениями психических и поведенческих расстройств, включая химическую и психологическую зависимость, с различными нарушениями адаптации, личностными, межличностными и иными проблемами;

- развивающая функция, адресованная к основному предмету и универсальным целям интегративной психотерапии – свойствам психологической устойчивости к агрессивным воздействиям среды;

- самоорганизующая и саногенная функция, обеспечивающая возможность формирования высоких уровней индивидуального и социального здоровья, качества жизни в условиях частичной или полной деградации естественных механизмов саногенеза;

- социально-стабилизирующая функция, реализуемая в метамодели социальной психотерапии.

Проведенный нами анализ возможных вариантов развития психотерапии в постсоветских республиках показал, что обращенность к актуальным социальным контекстам и реализация полного объема функциональной активности будет способствовать следующим конструктивным тенденциям в развитии профессиональной психотерапии:

- динамики в статус наиболее востребованного, уникального по своим возможностям, научно-практического направления с общим профессиональным базисом;

- выигрыш в конкурентной среде и организация взаимовыгодного партнерства с институтами, представляющими консультативные, тренинговые, образовательные, воспитательные и другие развивающие практики;

- формирование метамодели социальной психотерапии, успешно решающей сложнейшие психологические, биологические и социальные проблемы современности.

Таким образом, наиболее обоснованная и привлекательная миссия психотерапии – это адекватный ответ на основные проблемы современности, а не только оказание помощи эксклюзивной группе невротизированных пациентов.

3.2. Параллельно с обоснованием статуса профессиональной психотерапии и основных функциональных позиций дисциплинарной матрицы, нами исследовались возможности использования естественно-научного подхода для формирования теоретического базиса интегративной психотерапии, т.е., проводилась разработка первого (фундаментальные допущения) и второго (базисные теории и концепции) структурных уровней дисциплинарной матрицы. Результирующие тезисы проведенного исследования следующие:

- сущностные причины методологического тупика, препятствующего адекватной разработке и использованию естественно-научного подхода в гуманитарных практиках (см. соответствующие цитаты в 1-м разделе настоящего сообщения) заключаются в игнорировании темпорального принципа организации и презентации реальности, и выводимой отсюда необходимости действенного присутствия категории психического в любых актуальных планах реальности;

- отправной точкой в обоснованности темпорального принципа организации реальности является утверждение Альберта Эйнштейна в отношении того, что картина мира (т.е., параметры актуального плана реальности) зависит от скорости нервных процессов. Далее нами было показано, что под скоростью нервных процессов следует понимать объемные, содержательно-временные характеристики момента настоящего, формируемые ритмическими импульсивными бодрствующего сознания.

ния (ФИАС). А также продемонстрировано то крайне важное обстоятельство, что актуальные планы реальности (т.е., все то, что обозначается как «объективная» реальность) репрезентуются лишь в поле психической активности, всегда «запаздывающим» на момент настоящего от недифференцированного полюса реальности, и нигде более, поскольку для этого недифференцированного полюса неадекватны такие характеристики как время и пространство. Последние фундаментальные характеристики – основополагающие системы координат – генерируются исключительно за счет психической активности;

- основная функция психики, в свете всего сказанного, состоит в презентации всего сущего в категориях времени и пространства (что, по-видимому, снимает все вопросы в отношении какого-либо параллелизма – психофизического, психофизиологического, и, главное, принципиально обновляет и обогащает естественно-научный подход, делая его пригодным для изучения и систематизации объемной и целостной феноменологии психического);

- ключевым для понимания взаимозависимости категорий «объективной» и «субъективной» реальности в контексте обновленного естественно-научного подхода является прояснение функционального спектра импульсной активности психического (привычно обозначаемого как феномен импульсной активности сознания – ФИАС). К наиболее важным функциям ФИАС мы относим следующие: генерация первичных квантов реальности – сознания-времени-памяти; генерация общего феноменологического поля времени и пространства, с одновременным растождествлением недифференцированного поля реальности на объекты, субъекты и не-проявленный потенциал реальности; возможность полноценного проявления недифференцированного поля реальности в иных актуальных планах с пластичными пространственно-временными характеристиками, что предполагает использование подвижного, а не стационарного формата ФИАС; возможность (в развитие последней функциональной характеристики ключевого феномена импульсной активности сознания) формирования диалогизированного когнитивного стиля – крайне важного инструмента в обновленной концепции естественно-научного подхода. То есть, мы предлагаем использовать весь потенциал уникального «инструмента» ФИАС, а не только его «намертво» законсервированную часть, неадекватно представляемую как некую незыблемую картину «объективной» реальности, где человеческое присутствие, как и сам по себе феномен жизни, совершенно необязательны;

- общий алгоритм «выстраивания» объемной реальности, с учетом принципов обновленного естественно-научного подхода, выглядит следующим образом: 1) ритмически импульс психической активности – ФИАС, - растождествляя недифференцированное поле реальности на объект и субъект,

является исходным строительным материалом одного и другого субстатуса реальности. При этом в качестве первородных «кирпичей» такого строительства выступают эквиваленты моментальной памяти – кванты первичной информации; 2) далее имеют место процессы моментального опознания получаемой первичной информации эпифеноменом «спрессованной» памяти субъекта – его Я (данний процесс в психофизиологии обозначается как симультанное, т.е., синхронное опознание), и моментального же форматирования первичной структуры пространства с выделением объектов, среды, характеристик их взаимодействия – событий; 3) процесс «достраивания» реальности в непрерывную цепь событий, так называемые «объективно-временные» характеристики реальности, осуществляется за счет того, что содержательные объемы момента настоящего, прежде всего продолжительность данного эпизода, как и «размеры» дискретной мнемонической единицы, абсолютно не осознаются, а процесс фиксации и утилизации моментальной памяти, организуемый импульсной активностью психики, интерпретируется как непрерывное восприятие «объективно –автономной» реальности с такое неотъемлемой характеристикой как «объективно-линейное время». Таким образом, корни эпохальной иллюзии «объективных» категорий пространства и времени видятся в том, что темпоральная дистанция между проявляемым недифференцированным потенциалом и «фактом» актуального плана реальности, формируемая ФИАС, никогда ранее не осознавалась и не осмысливалась, что, собственно, и представляет основной просчет в фундаментальных допущениях естественно-научного подхода. Соответственно, устранение этой неточности («не-естественности») коренным образом меняет систему фундаментальных допущений и делает ее пригодной для использования в гуманитарной сфере;

- в ключе всего сказанного, психика, представляющая грандиозный механизм репрезентации актуальных планов бытия (и, добавим, конструируемых за счет инструмента диалогизированного мышления, уникальных планов непроявленного, «небытийного» субстатуса реальности), дифференцируется на две основные инстанции, которые соответствуют двум полюсам объемной реальности – информационному, т.е., актуальному, «объектному» плану реальности, а также потенциальному, не проявленному в категориях времени и пространства субстатусу объемной реальности. Основное предназначение первой инстанции как раз и заключается в репрезентации и непосредственном взаимодействии с актуальными планами реальности. Данной, осознаваемой инстанции психического, присущи «энтропийные» (по определению Л.М. Веккера) характеристики – опора на опыт, логика, ориентация на выявленные закономерности и т.д., которые имеют свои непререкаемые дивиденды в обеспечении ци-

вилизационного прогресса, но и свои проблемные области, хорошо известные практикующим психотерапевтам – крайности «энтропийной» метапозиции, представленные ригидностью, зависимостью, стереотипностью, существенно затрудняющими динамику адаптационных процессов. Вторая инстанция психического, неструктуримая стандартным временем (в этом и состояла основная сложность исследования данного феномена), и обозначаемая как «внесознательное», характеризуется набором «антиэнтропийных» свойств, таких как креативность, пластичность, свобода и дистанцированность от линейных закономерностей объектно-информационного полюса. Вне всякого сомнения, внесознательные инстанции, во-первых, компенсируют «энтропийные» ограничения осознаваемого полюса психической активности, являясь основным инструментом творения новых информационных сущностей объемной реальности. А во-вторых, - имеют прямое отношение к «продольному», а не только «моментальному» существованию человеческого рода, обеспечению феномена жизни и потенциальной возможности выстраивания актуального «лика» реальности. Или, правильнее сказать, «ликов», имея в виду пластические возможности подвижного фокуса ФИАС. Эти «антиэнтропийные» свойства внесознательных инстанций достаточно хорошо известны в теории и практике психотерапии. Так, общепризнанный классик психологической науки Л.С. Выготский указывал на то, что «характернейшей особенностью рассматриваемых сфер психической деятельности являются возможности достижений того, что не может быть достигнуто при опоре на рациональный, логический, вербализируемый и поэтому осознаваемый опыт». Весь вопрос состоял в том, что в рамках доминирующих научных подходов надежно идентифицировать внесознательные инстанции психического не представлялось возможным. «Душа обожает прятаться» - современной науке, стоящей на классическом фундаменте естественно-научного подхода, трудно что-либо добавить к этому известному изречению Гераклита Эфесского. Однако в обновленном темпоральном контексте эта задача решается достаточно легко – с использованием возможностей подвижного фокуса ФИАС. То есть, в тех условиях, когда при изменении параметров импульсной активности сознания (форматов стандартного времени) закономерно будут меняться характеристики как объектно-информационного полюса реальности, так и субъекта. Эти изменения, представляющие проявленную часть потенциально-го субстатуса объемной реальности и внесознательных инстанций психического могут быть измерены в адекватных метрических системах. Результаты этих измерений и будут сущностными, «объективными» характеристиками доселе неуловимых внесознательных инстанций. А если отвлечься от научообразной терминологии – эти результаты, возможно, будут

первым внятным объяснением постоянного присутствия в архетипах сознания и актуализации в момент трансперсональных, мистических, религиозных переживаний, идеи души, духа, Бога и других неявных и неявленных сущностей;

- углубленный анализ «вклада» внесознательных инстанций в обеспечение наиболее востребованного феномена профессиональной психотерапии - возможности достижения существенных, устойчивых и продолжающихся конструктивных изменений в ограниченные временные периоды – показывает следующее. Адаптационные функции внесознательных инстанций, поддерживающие существование и развитие человека, заключаются в: непрерывном тестировании среды на предмет определения оптимальной стратегии выживания, адаптации и развития; выборе оптимальной базисной стратегии поведения; генерации параметров ФИАС, в максимальной степени соответствующих базисной адаптационной стратегии; сверхбыстрой мобилизации индивидуальных ресурсов (биологических, психологических, креативно-пластических) на достижение основных стратегических целей. При этом главными, отчетливо дифференцируемыми стратегиями, реализуемыми внесознательными инстанциями, являются: 1) репродуктивная, направленная на продолжение рода, с основным девизом – «Я продолжаюсь в следующем поколении»; 2) защитно-конфронтационная, направленная на сохранения рода, с девизом – «Я остаюсь тем, кем я был»; 3) синергетическая, направленная на развитие рода с девизом – «Я становлюсь тем, кем я хочу и могу быть». В двух последних случаях речь идет о мобилизационной готовности либо к сохранению статус-кво, либо, наоборот, к гиперпластике, что, собственно, и является наиболее благоприятным контекстом терапевтических изменений. Весь вопрос в том, каким образом, используя возможности профессиональной психотерапии, развернуть суперресурс внесознательных инстанций к «антиэнтропийному» полюсу активности психического. Однако и без уточнения этого вопроса можно утверждать, что «чудо» быстрых и устойчивых изменений в процессе психотерапии, возможность гиперпротекции любых технических действий, возможность адекватного объяснения таких, например, известных фактов, как получение одинаковых результатов при использовании различных терапевтических технологий или, наоборот, весьма отличающихся результатов при использовании одной и той же техники у идентичной группы клиентов, связаны с обстоятельствами того, в какой мере был использован гиперпластический потенциал внесознательных инстанций.

Выше приведенные исследования, на наш взгляд, являются весьма важным и обнадеживающим шагом в направлении развития профессиональной психотерапии как истинно научной дисциплины, имеющей, по крайней мере, два проработанных уровня

– фундаментальных допущений и базисных теорий и концепций.

3.3. В свете всего сказанного, психотерапия является уникальным по своим возможностям способом индивидуальной и социальной самоорганизации, в максимальной степени использующим «антиэнтропийный» потенциал психического, который актуализируется лишь в условиях доминирования базисной синергетической стратегии внезознательных инстанций. Последний тезис является «краеугольным камнем» прикладной теории интегративной психотерапии. Причем, термин «прикладная» здесь можно понимать и в смысле приложимости данной теории к известным психотерапевтическим дискурсам без какой-либо конфронтации.

В структурно-технологическом плане универсальный и наиболее востребованный эффект по достижению быстрых и устойчивых изменений обеспечивается за счет активности глубинного уровня психотерапевтической коммуникации, для которого характерны: 1) пластика времени (т.е., возможность ретроспективных и проспективных перемещений в пространстве психотерапии); 2) пластика обстоятельств (в пространстве психотерапии могут быть воспроизведены любые необходимые обстоятельства, с характеристиками концентрации или разреженности, которые в обыденной жизни невозможны); 3) пластика контекстов событийного оформления психотерапевтической коммуникации (в ткань психотерапевтического процесса могут привноситься любые эмоциональные или иные контексты, оказывающие влияние на восприятие информации); 4) пластика Я (возможность трансценденции, самотрансценденции, трансформации дезадаптирующих травматических фрагментов памяти в терапевтические и др.). При этом активизация глубинного коммуникативного уровня предусматривает последовательное прохождение следующих этапов трансформации статуса клиента:

- ассимиляция открытой метапозиции и ресурсных характеристик статуса психотерапевта;

- «переключение» защитно-конfrontационной базисной стратегии адаптации клиента в синергетическую с формированием первичного ресурсного статуса;

- форсированное развитие гиперпластиических феноменов психотерапевтического пространства, свидетельствующих об актуализации глубинного коммуникативного уровня (важно отметить, что в данном случае осознаваемые инстанции не «ходят» на периферию общей активности психики, а наоборот, действуют в режиме максимальной включенности в ситуацию, и при этом находятся в «антиэнтропийном» полюсе терапевтического пространства);

- активная генерация новых информированных существ и характеристик метапозиции у клиента в соответствии с реализуемыми техниками, свидетельствующая об эффективной гиперпротекции

стандартного структурно-технологического уровня психотерапевтической коммуникации.

Систематизированные метатехнологии активизации глубинного уровня психотерапевтической коммуникации, по нашему опыту, могут транслироваться в теорию и практику существующих психотерапевтических модальностей. А некоторые экологически выверенные варианты таких метатехнологий – в консультативную, тренинговую, образовательную гуманитарную практику.

Практическая апробация разработанных психотерапевтических подходов среди особо сложного контингента пациентов с наркотической зависимостью продемонстрировала их существенное преимущество перед стандартными психотерапевтическими технологиями. По результатам проведенных исследований были успешно защищены кандидатские и докторские диссертации в гг. Санкт-Петербург, Томске, Алматы, оформлены патентные документы в отношении интегративно-развивающей модели психотерапии и способа компьютерной диагностики уровней устойчивости к агрессивным фактам среди в различных возрастных группах.

В ходе реализации совместного проекта было разработано 78 единиц профессиональных стандартов, охватывающих как сферу профессиональной психотерапии, так и другие гуманитарные практики, представляющие метамодель социальной психотерапии.

Таким образом, были в существенной степени проработаны и три следующих уровня дисциплинарной матрицы интегративной психотерапии – прикладных теорий и концепций, актуального профессионального поля и профессиональных стандартов. С нашей точки зрения, наиболее важным в данном исследовательском фрагменте была возможность полноценного обоснования универсальных компонентов психотерапевтической коммуникации, а также – практической апробации и получения доказательной базы, свидетельствующей об эффективности используемых подходов.

3.4. Говорить о полноценной институализации предлагаемых подходов можно будет лишь по завершении полного исследовательского цикла.

Основная работа в этом направлении проводится наиболее крупной организацией, действующей на территории постсоветских республик – Профессиональной Психотерапевтической Лигой. В частности, Комитетом ППЛ по законодательству разрабатываются обновленные проекты закона о профессиональной психотерапии и ведомственных приказов, регулирующих развитие специальности в соответствии с обоснованными аргументами по оформлению психотерапии в самостоятельное научно-практическое направление, а также – возможностями конструктивного взаимодействия психотерапии с другими гуманитарными практиками в метамодели социальной психотерапии.

Специально следует отметить тот факт, что сама по себе организационная структура ППЛ в значительной степени соответствует идеи социальной психотерапии и, следовательно, тем непростым вызовам, которые ставит перед нами эпоха.

Заключение

Интегративное движение в психотерапии только набирает ход. Но уже налицо существенные теоре-

тические и практические результаты в развитии профессии, достигнутые, в том числе, благодаря усилиям ученых и организаторов-практиков, предпринятым в рамках настоящего проекта.

У нас нет никаких сомнений в том, что необходимость в такого рода совместных проектах по активизации интегративного движения в психотерапии будет только возрастать, и в том, что самое интересное в развитии профессиональной психотерапии еще впереди.

Литература:

1. Василюк Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории //Московский психотер.-журнал. - 1992. - №1. – С. 15-32.
2. Гингер С. Эволюция психотерапии в Западной Европе //Ж.Вопросы ментальной медицины и экологии. - 2002. - Т. 8, № 3. - С. 47-53.
3. Завьялов В.Ю. Интегративная психотерапия в России. - 2002.
4. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости // Новосибирск: Наука. Сибирское отделение. – 1988.- 198 с.
5. Зейг Дж. Эволюция психотерапии // в 4-х томах.- Класс. – М., 2000.
6. Карвасарский Б.Д. Психотерапия // Учебное пособие. – СПб., 2000. - 535 с.
7. Катков А.Л., Макаров В.В. Актуальные социальные контексты и условия формирования интегративного движения в психотерапии //Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. Специальный выпуск, посвященный III съезду психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов Республики Казахстан.– Москва-Павлодар, 2009. – Т. 15. – С. 58-90.
8. Макаров В.В. Истоки, настоящее и будущее психотерапии // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва-Кустанай, 2000. - Т. 6, № 1. – С. 5-10.
9. Макаров В.В. Психотерапия нового века. – М., 2001. – 491 с.
10. Михайлов Ф.Т. Предметная деятельность ...чья? // Вопросы философии. - 2001. - № 5. – С. 10-26.
11. Мясищев В.Н. Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья. //Изд. Института им. Бехтерева. – Л., 1973. – С. 7-20.
12. Розин В.М. Методологические соображения о путях преодоления кризиса в современной психологии. – 2002.
13. Соколова Е.Е. Нетерпимость толерантных (еще раз о монизме, плурализме и дискуссиях о методологических ориентациях психологии) // Ж. Вопросы психологии. – 2008, № 3. - С. 138-145.
14. Цапкин В.Н. Единство и многообразие психотерапевтического опыта // Московский психотерапевтический журнал. – 1992, № 2. – С. 5-39.
15. Хайдеггер М. Что зовется мышлением? //Пер.с нем. – М.: Академический проект. – 2007. – 351 с.
16. Юревич А.В. Перспективы парадигмального синтеза // Ж. Вопросы психологии. – 2008, № 1. – С. 3-15.
17. Lazarus A. Multimodal Therapy // Current Psychotherapy, 1984.
18. Norcross, J.C., Newman C. Psychotherapy integration: Setting and context. In J.C., 1992.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ

A.3. Нургазина

Шизофрения (от греч. schizo - расщепляю и phren - душа) - прогредиентное психическое заболевание, преимущественно поражающее людей молодого возраста (отсюда другое название болезни - «раннее слабоумие»), определяющееся различными продуктивными симптомами и особыми изменениями личности (негативные симптомы), так называемым шизофреническим дефектом, при котором

г. Павлодар

всегда присутствует аутизм, эмоциональное обеднение и утрата единства психических процессов.

Шизофрения - хроническая психическая болезнь с отчетливыми симптомами психоза, нарушениями мышления, эмоциональными расстройствами и неадекватным поведением. Сознание при этом заболевании не нарушено, как и не изменены многие интеллектуальные процессы, хотя при длительном

течении шизофрении нарушается процесс восприятия, внимание и память.

Начинается шизофрения в среднем в возрасте от 10 до 30 лет и страдает ею примерно 1,5% всего населения земного шара.

В структуре шизофрении могут быть такие синдромы как бредовый, кататонический, галлюцинаторный. Они носят характер либо необратимых состояний с постепенным утяжелением расстройства, либо бывают временными - в виде периодических приступов.

При шизофрении теряется цельность личности, происходит ее расщепление, утрата дифференциации своего «Я», часто возникает переживание, что наиболее сокровенные мысли, чувства и действия известны окружающим людям, и они могут влиять на эти процессы. По мере течения болезни возможны периоды её обострения и, наоборот, периоды ремиссии. При неправильном лечении шизофрении разрушаются связи личности с её социальным окружением, нарастают апатия и снижение энергетического потенциала.

В современной психиатрии в лечении шизофрении применяется комплексный биopsихосоциальный подход, который включает в себя несколько компонентов:

- диагностика;
- биологическая терапия;
- психотерапия;
- социальная адаптация.

Основной метод лечения шизофрении – медикаментозный, поэтому подбор препаратов – это важный этап. Для лечения шизофрении применяются препараты из группы антидепрессантов (или нейролептиков). Они устраняют продуктивную симптоматику, предотвращают прогрессирование негативных симптомов, а также положительно влияют на когнитивные функции.

Шизофрения – болезнь, выбивающая человека из общественной жизни. В силу специфических изменений в эмоциональной и мыслительной сфере, больные оказываются аутсайдерами, неспособными поддерживать социальные контакты, эффективно работать, создавая семью. Однако всё это можно предотвратить, если научить пациента жить иправляться со своей болезнью. Для этого и необходима психотерапия и реабилитация. Психотерапия шизофрении это настоящее искусство. Для эффективности психотерапии шизофрении необходимо не только знание психиатрии, но также психологии, философии, теологии и социологии.

Современная психиатрия, ориентированная в большей степени на синдромы – совокупности симптомов (признаков) психического расстройства, а не на нозологические формы (болезни, с их началом, течением и исходом), с некоторой долей пессимизма относится к диагнозу: Шизофрения.

Каждый врач, перед которым стоит задача психотерапии шизофрении, должен хорошо себе пред-

ставлять особенности статики и динамики клинической симптоматики этого расстройства.

Основная линия, которой придерживаются современные врачи – это восприятие пациента как полноценной личности, имеющей свои особенности и свои интересы, права и обязанности, способной являться полноценным членом общества. многими исследованиями доказано, что именно такой подход способствует наиболее успешному исцелению больных шизофренией. Важными факторами, приводящими к инвалидности, являются безынициативность и бездеятельность пациентов, потакание симптомам болезни, чрезмерная опека больного и его чрезмерная зависимость от родственников и врачей.

Психотерапия – от греч. Psyche - душа и therapeia - лечение. Данный термин был предложен в 1872 г. Тьюком, который впервые его использовал в своей книге «Иллюстрация влияния разума на тело». Хотя первая систематическая дискуссия на тему психотерапии была открыта Райльсом книвой «Метод психического лечения» в 1803 г., а первое преподавание как самостоятельной дисциплины начато Хайнротом в 1811 году.

В настоящее время наиболее часто данным понятием обозначают медико-психологическое воздействие на психическую сферу человека с целью оказания ему помощи. Поскольку границу между здоровьем и болезнью, особенно в области пограничных психических расстройств, провести достаточно сложно, сам объект психотерапевтического воздействия - пациент - может быть идентифицирован только квалифицированным специалистом (психиатром) - врачом.

Лечение шизофрении и, в частности, клиническая психотерапия шизофрении предполагает глубокое знание её симптомов и синдромов, особенностей возникновения и механизмов развития этой патологии, её течения и исхода. Следовательно, полноценное лечение шизофрении и психотерапия шизофрении остаётся прерогативой врача-психиатра, получившего необходимую подготовку в области психотерапии и психологии.

Кроме того, сегодня сложно представить лечение шизофрении без биологической терапии, включающей в себя фармакотерапию, инсулинотерапию, лечение лазером, а в необходимых случаях даже электросудорожную терапию. В связи с вышеизложенным, возникает несколько вопросов, на которые необходимо найти ответы. Во-первых - это вопрос о сочетании фармакотерапии и психотерапии в процессе лечения шизофрении. Во-вторых - вопрос о продолжительном сотрудничестве пациента и врача, включая полное доверие к врачу. В-третьих – это вопрос о роли социальных мероприятий в ходе биологической терапии шизофрении и психотерапевтической работы с больным шизофренией.

Психотерапия шизофрении, направленная на лечение симптомов шизофрении и реже её синдро-

мов, вероятно, должна быть проблемно ориентированной или иначе представлять собой эклектичный вариант психотерапии. Здесь следует отметить, что для проведения эклектичной психотерапии шизофрении необходимо владеть навыками психологического консультирования (в широком плане гуманистической терапии, включая её экзистенциальные варианты) психоанализа, и когнитивно-бихевиоральной терапии (терапии, обучающей пациента умению контролировать свои мышление, чувства и поведение). Получить такое психотерапевтическое образование, необходимое для полноценной психотерапии шизофрении, сегодня в Казахстане крайне трудно.

Задача врача при лечении больных шизофренией не только снять симптомы заболевания, но и вернуть человека в социальную среду, а поскольку шизофрения протекает хронически, то главный упор в лечении делается на обучение жизни в новых условиях, на существование с болезнью. Эта часть лечения называется психосоциальная реабилитация – восстановление или формирование утраченных в результате болезни эмоциональных, мотивационных ресурсов личности, обучение взаимодействию, восстановление способности решать проблемы, интеграция в общество. Целью этого лечения является достижение социальной компетентности и автономии пациента.

Что же приходится говорить о течении шизофрении в результате сочетанной биологической терапии шизофрении и психотерапии этого психического расстройства? Сложно определить на каком этапе лекарственного лечения шизофрении будет адекватным тот или иной метод и форма (индивидуальная, семейная или групповая) психотерапии шизофрении.

Социально – психологическая работа с больным шизофренией включает в себя не только полноценное сотрудничество с пациентом, его необходимое образование в области клинической психиатрии, преодоление негативной стигмы по отношению к диагнозу шизофрении, но и комплекс социальных мероприятий, направленных на улучшение социальной и трудовой адаптации больного шизофренией.

В контексте психотерапии шизофрении в первую очередь речь идет о групповой и главное - семейной терапии больного шизофренией. Абсолютно ясно, что люди, окружающие больного шизофренией, достаточно часто страдают различными психическими расстройствами. Минимум - это невротические, аффективные (неврозы и депрессия), психосоматические (язвенная болезнь, гипертоническая болезнь, полиартрит, тиреотоксикоз, колит, бронхиальная астма, нейродермит). Однако, возможно наличие у родственников больного шизофренией и личностных расстройств, алкоголизма, наркомании и даже аналогичного заболевания. Необходимо параллельное лечение родственников человека, страдающего шизофренией. Семейная психотерапия шизофрении на самом деле сложна. Она опирается

в основном на позитивные варианты заболевания, и обычно менее продолжительна во времени, чем семейная терапия других психических расстройств.

На сегодняшний день известно, что групповая психотерапия шизофрении для некоторых лиц, страдающих этим заболеванием, в ряде случаев оказывается невозможной, в силу сопротивления, как самого больного, так и других участников группы, страдающих иными психическими расстройствами. Опыт показывает, что групповая психотерапия шизофрении желательна для пациента, требует участия одного или даже двух ко-терапевтов. Даже если пациент просто молча присутствует на сеансе групповой психотерапии - это уже неплохо и представляет собой существенный шаг на пути к выздоровлению больного.

Психотерапия шизофрении должна учитывать выраженность и особенности продуктивных, негативных и когнитивных симптомов шизофрении - речь идет о бреде, галлюцинациях, расстройствах настроения, астеновегетативной симптоматики, замкнутости, негативизме больного, его апатии, снижении энергетического потенциала, специфичных нарушениях мышления, памяти и внимания.

При применении психотерапии при лечении бреда следует обладать виртуозность, т. к. лечение психотерапией шизофрении недоступна дилетантам. Важно выдержать нейтральную позицию, не спорить и не соглашаться с бредовыми высказываниями больного, выдержать его настойчивое возращение к обсуждению содержания бреда и раздражительность при попытке увести его в сторону. Можно попытаться опровергнуть бред фактами реальной действительности, но в лучшем случае больной просто проигнорирует это, в худшем - озлобится или будет настойчиво искать другие подтверждения бреда. Психотерапия бреда это, в первую очередь - обсуждения других симптомов шизофрении, это психотерапия симптомов шизофрении, не связанных с бредом, например симптомов когнитивных нарушений: мышления, памяти, внимания. Здесь важно сострадать больному человеку, ведь чаще всего ему невыносимо трудно, его не понимают другие люди и считают его сумасшедшим.

Психотерапия галлюцинаций требует настойчивости в совместной работе с больным шизофренией. Здесь могут быть полезны такие методы психотерапевтической работы, как терапия творческим самовыражением, анализ записей в дневниках больного, обучение его различным способам отвлечения от болезни.

Психотерапия шизофрении не может быть эффективной, если отсутствует всесторонняя оценка особенностей личности человека, страдающего этим психическим расстройством. Вследствие высказанного становится понятной необходимость знания клинической психологии в процессе психотерапии шизофрении. Здесь уместно напомнить,

что клиническая психология, обычно включает в себя психологическую диагностику личности больного, его патопсихологическое обследование и обязательно нейропсихологическое исследование, дающее косвенное представление о работе корковых структур мозга.

Больной шизофренией недоверчив, подозрителен, насторожен, не верит словам и сомневается даже в очевидных фактах, он не критичен ни к себе, ни в своей оценке окружающих его людей, склонен к мистике и эзотерическим знаниям, нередко и неизборочно религиозен, проявляет повышенный интерес к философии. Поэтому психотерапия шизофрении подразумевает хорошее знание психологии, теологии и философии.

Следует сказать, что психотерапия шизофрении представляется важнейшей и частью процесса лечения шизофрении, органично вплетающейся в биологическую терапию шизофрении и социальную помошь человеку, страдающему этим психическим расстройством.

На сегодняшний день разработаны специальные методики реабилитации больных, куда входят как индивидуальные, так и групповые формы работы. К ним относятся: тренинги социальных навыков, общения, самоуважения, уверенного поведения, независимого проживания, обучение умениюправляться с остаточными симптомами, психоза, семей-

ная терапия. Опыт показывает, что чем раньше начата реабилитационная работа, тем успешней пациент восстанавливает социальные навыки, а значит, тем меньший урон наносит болезнь. Как правило, элементы реабилитации начинаются сразу после выхода пациента из острого состояния, когда он снова становится способен более или менее адекватно воспринимать окружающее.

Таким образом, при своевременном обращении к врачу, полноценном обследовании, адекватном медикаментозном лечении и активной психотерапии возможно не только значительное улучшение даже казалось бы безнадежного состояния, но и получение стойкой ремиссии, а при некоторых формах шизофрении даже полное излечение. В любом случае - у больных прекращается прогрессирование заболевания, восстанавливается работоспособность, они способны жить полноценной жизнью, создавать семью, хотя и остается некоторый риск рецидивов (поскольку шизофрения – чаще всего хроническое заболевание), а также своеобразные черты характера (замкнутость, эмоциональная холодность, чудаковатость).

Главное в лечении шизофрении - не полное её искоренение, что далеко не всегда возможно, хотя к этому всегда стремятся, а обучение умению полноценно жить в обществе, несмотря на наличие заболевания.

ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ

А.З. Нургазина

г. Павлодар

«Нож, трава и слово - три кита, на которых стоит медицина» - это крылатое выражение из античных времен сохранило свою актуальность до наших дней. При психотерапии основным инструментом воздействия на психику страдающего человека является слово.

Психотерапия, как научная дисциплина зародилась 200 лет назад. Она находится на стыке медицины, психологии, психиатрии, педагогики, социальных наук и клинической психофармакологии. Психотерапия, по сути, объединяет все эти дисциплины. Поэтому очень часто специальность психотерапевта путают с психологом, педагогом, парapsихологом, народным целителем и т.д.

Психотерапия - от греч. Psyche - душа и therapeia - лечение. Данный термин был предложен в 1872 г. Тьюком, который впервые его использовал в своей книге «Иллюстрация влияния разума на тело». Хотя первая систематическая дискуссия на тему психотерапии была открыта Райльсом книгой «Метод психического лечения» в 1803 г., а первое препода-

вание как самостоятельной дисциплины начато Хайнротом в 1811 году.

В настоящее время наиболее часто данным понятием обозначают медико-психологическое воздействие на психическую сферу человека с целью оказания ему помощи. Поскольку границу между здоровьем и болезнью, особенно в области пограничных психических расстройств, провести достаточно сложно, сам объект психотерапевтического воздействия - пациент - может быть идентифицирован только квалифицированным специалистом (психиатром) - врачом.

Психотерапия - это система лечебного воздействия на психику, а через психику на весь организм человека. Это метод лечения особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациенту оказывается профессиональная помощь психологическими средствами с возможным назначением лекарственных препаратов.

Кто такой психотерапевт? Психотерапевт - это врач, то есть это специалист, который имеет высшее

медицинское образование, и прошедший специализацию по психотерапии. Практикующий психолог не является врачом, следовательно, он не может назначить вам (при необходимости) лекарства (те же антидепрессанты в случаях выраженной клинической депрессии или успокаивающие средства при панических атаках или фобиях). Психиатр - это тоже врач, однако врач, который работает с «более серьёзными душевными состояниями».

Отличие врача-психотерапевта от врача-психиатра заключается в том, что врач-психотерапевт владеет (обязан владеть) методами психотерапевтического взаимодействия с пациентом. Психотерапевтическое взаимодействие - это лечебное взаимодействие, в ходе которого человек имеет возможность более объективно рассмотреть свою душевную проблему, обратиться к своим внутренним ресурсам, пережить «забытые» переживания, получить поддержку.

Психотерапия показана при таких расстройствах как неврастения, тревожные расстройства и фобии, депрессия, психосоматические нарушения, неврозы.

Психотерапия неврозов у детей и подростков включает диагностику взаимосвязанных невротических и личностных нарушений у всех членов семьи и соответствующую психотерапевтическую работу с больным ребенком и его непосредственным окружением. Отправной точкой патогенеза невроза является реакция личности на психотравмирующие обстоятельства жизни. В этой связи представляется интерес мнение И.М. Балинского (1958), который еще в середине прошлого века писал, что у каждого человека есть свой круг идей и чувствований, в которых преимущественно легко вызываются душевые волнения.

Людей без внутренних конфликтов в современном цивилизованном обществе практически не существует. К психотерапевту обращаются с самым широким спектром проблем - от проблем в общении (социальная фобия), любви, конфликтов в семейных отношениях - до выраженных психосоматических нарушений. Большинство душевных страданий приводит человека к двум основным следствиям: тревога (напряжение, страх, паника) и депрессия (снижение жизненного тонуса, подавленность, пустота, потеря интереса).

Невроз - это уже норма наших дней, он прочно «вошёл в моду» со времён Фрейда. И вопрос сейчас уже не в самом понятии невроза и не в признании его существования – а в отношении человека к своему неврозу, к своей жизни, к своим душевным проблемам. Многие возвеличивают свои страдания, облагораживают их, находят в них определённый смысл. Другие мучаются от них всю жизнь, пытаются игнорировать, по-своему истолковать, а чаще всего - убежать от них (в работу, в другого человека, в религию, в фантазии, в болезни), алкоголизироваться, забыться и т.д. Убегая от своих страданий, человек убегает от себя...

Невроз - это следствие блокирования потребности в самоактуализации. Самоактуализация - это развитие способностей человека, когда удовлетворены его базовые потребности:

- потребности физиологические (питьё, еда, сон и т.д.);
- потребность в безопасности (обеспеченность, стабильность, порядок);
- потребность в любви и принадлежности (семья, дружба);
- потребность в уважении (самоуважение, признание).

Решая вопрос, нужна ли Вам психотерапия, Вы решаете вопрос собственного отношения к себе и к своей жизни. И это уже Ваше сугубо личное дело, это Ваша ответственность перед самим собой, это ваш выбор.

Поэтому существуют вполне определённые объективные критерии, позволяющие Вам самим оценить степень Ваших страданий и целесообразность обращения к специалисту - врачу-психотерапевту.

В.М. Бехтерев (1909) также считал патогенным фактором не только жизненные обстоятельства сами по себе, но и восприятие, и отношение к ним большого, обусловленные его индивидуальностью и прошлым жизненным опытом. Е. Kretschmer (1927) относил переживания, способные вызывать характерные для личности реакции, к ключевым и отмечал, что характер и ключевое переживание подходят друг к другу, как ключ к замку.

Патогенетическая концепция неврозов В.Н. Мясищева (1934, 1939, 1960) основана на понимании личности как системы отношений. Для невроза, как психогенной болезни личности, исходным и определяющим является нарушение отношений, из которого вытекают нарушение переработки и расстройство психических функций в зависимости от того, как личность перерабатывает или переживает действительность. Поскольку патогенность внешних обстоятельств жизни проявляется лишь в сочетании с соответствующим значимым отношением к ним, то имеет значение не столько объективная трудность проблемы, сколько субъективное отношение к ней. Определяющую роль в патогенезе невроза играет психологический, то есть внутренний, конфликт, который представляет собой несовместимость, столкновение противоречивых отношений личности. Присущие конфликту переживания становятся источниками заболевания лишь в том случае, когда занимают центральное место в системе отношений личности и когда конфликт не может быть переработан так, чтобы исчезло патогенное напряжение, и был найден рациональный, продуктивный выход из возникшего положения.

Особое место среди стрессовых факторов занимает страх, обусловленный угрозой смерти для большого и близких ему лиц или опасениями утратить

власть над своими мыслями и «потерять рассудок» (Немчин Т.А., 1965).

Сам невроз нередко выполняет функцию патологического приспособления к субъективно неприемлемым условиям микросреды (Губачев Ю.М., Либих С.С., 1977). Многими авторами доказано отрицательное влияние длительной психотравмирующей ситуации в семье на формирование характера и личности детей и подростков (Александров А.А., 1974; Эйдемиллер Э.Г., 1973; Личко А.Е., 1977). В связи с этим подчеркивается неблагоприятная роль неполной семьи (Осипова Е.А., 1932; Ушаков Г.К., 1966), а также алкоголизма родителей (Строгонов Ю.А., Капанадзе В.Г., 1978).

При неврозах семейно-бытовые патогенные ситуации являются преобладающими (Мясищев В.Н., Карвасарский Б.Д., 1967).

С хроническими и неразрешимыми конфликтными отношениями между членами семьи связаны 80% психотравмирующих ситуаций, ведущих к развитию этого заболевания (Мягер В.К., 1973). В основе невротических конфликтов, носящих субъективный характер, лежит стремление супругов к нереалистическим целям и одностороннему доминированию, отсутствие адаптации к новым семейным ролям во время и после «кризисных периодов» в жизни семьи (Мягер В.К., Мишина Т.М., 1976). Мишина Т.М. (1978) выделяет три типа супружеских взаимоотношений при неврозе одного или обоих супругов: соперничество, псевдосотрудничество и изоляция. Одни исследователи (Мохина И.В., 1978; Обозов Н.Н., 1979) отмечают сходство личностных профилей супругов как фактор, положительно влияющий на их совместимость. Другие исследователи (Федотова Н.Ф., Филиппова Л.А., 1975) находят у супругов больше различий в личностных оценках в прочных браках, чем в непрочных. В раннем анамнезе больных неврозом взрослых людей часто выявляются нарушенные отношения у родителей - гиперопека, ограничения, приводящие к развитию несамостоятельности в решениях и неуверенности в себе (Конончук Н.В., 1976), что согласуется с нашими данными (Захаров А.И., 1972).

Неврозы у детей, как и у взрослых, являются наиболее часто встречающейся формой нервно-психической патологии (Колегова В.А., 1971). По мнению С.В. Лебедева (1979), распространенность неврозов у детей статистически достоверно превышает распространенность непроцессуальных неврозо-подобных синдромов (Ковалев В.В., 1968). Невротические реакции могут также возникать на фоне задержки психического развития (Головань Л.И., 1976) и резидуальной церебральной органической недостаточности (Булахова Л.А. и др., 1976).

В последнее время возрастает интерес к проблемам нарушения сна при неврозах у детей. Существует мнение, что эти заболевания всегда сопровождаются расстройствами сна (Гольбин А.Ц., 1979).

Возрастные особенности возникновения неврозов у детей изучены Г.Е. Сухаревой и Л.С. Юсевич (1965), которые отмечают более интенсивную реакцию детей до 3 лет на перемены обстановки и новые необычные раздражители, а после 3 лет - на трудные жизненные ситуации. Т.П. Симеон, М.М. Модель и Л.И. Гальперин (1935) указывают на нарастание с возрастом конфликтов внутреннего порядка, обусловленных развитием самооценки, требовательности к себе и способности к интрапсихической переработке. Эти же авторы рассматривают невротические реакции в связи с рождением второго ребенка в семье. В последнее время большое внимание возрастной динамике неврозов уделяют В.В. Ковалев (1969), Н.Д. Лакосина (1970) и Г.К. Ушаков (1973).

Разработанные В.В. Ковалевым (1969) принципы эволюционно-динамического подхода в детской психиатрии относятся и к проблеме неврозов.

Из преморбидных характеристик детей с неврозами В.Н. Мясищев (1960) выделяет те, которые затрудняют благополучное разрешение травмирующей ситуации. К ним он относит перевес субъективного и аффективного над объективным и логическим, с относящимися сюда чертами импульсивности, эгоцентризма, упрямства, сензитивности и т.д., а также перевес аффективной инертности над аффективной пластичностью, создающий вязкие доминанты болезненных переживаний. Е.А. Осипова (1932), Г.И. Берштейн и М.Я. Сухарева и Л.С. Юсевич (1965) подчеркивают впечатлительность, возбудимость, пугливость.

В.И. Гарбузовым уточнено понятие преневротического характерологического радикала, образующего основу невротического реагирования (Гарбузов В.И. и др., 1977). Вместе с тем В.Н. Мясищев (1960) отмечает, что невроз может возникнуть и без какого-либо предрасположения. Такого же мнения придерживаются А.Н. Шогам, Н.К. Липгарт, К.И. Мировский (1970). На наш взгляд, все эти точки зрения имеют известное обоснование. В целом невроз более нозологически специфичен при меньшем удельном весе предрасположения и большем удельном весе психогенных факторов. Острая психическая травма в виде испуга, сильного потрясения считается немаловажным фактором в происхождении неврозов (Симсон Т.П., 1934; Блей Е.А., 1940). В исследованиях, она оказывала тем большее патогенное действие, чем менее преморбидно было выражено характерологическое своеобразие больных. Последнее, таким образом, в случае острой психотравмы, в отличие от хронической, осуществляло роль определенного защитного фактора. Гораздо чаще происхождение неврозов у детей обусловлено действием хронических психотравмирующих факторов, прежде всего - нарушенных семейных отношений и неправильного воспитания в виде гиперопеки и непоследовательности (Бехтерев В.М., 1909; Осипова Е.А., 1932; Мясищев В.Н., 1960; Пивоварова Г.Н., 1962; Яковleva E.K., Зачепицкий Р.А.,

1961; Лобикова Н.А., 1971; Захаров А.И., 1972). На основе статистического анализа С.В. Лебедев распределил значение патогенных факторов в возникновении неврозов у детей следующим образом:

- 1) хроническая психотравмирующая семейная ситуация;
- 2) дефекты воспитания;
- 3) школьные конфликты;
- 4) острые психические травмы;
- 5) бытовое пьянство и алкоголизм родителей.

В.П. Козлов (1978) показал в невротических семьях даже при внешнем благополучии наличие тех или иных конфликтов.

В патогенезе неврозов у детей определенную роль играют индукционные механизмы появления некоторых невротических симптомов, когда ребенок повышенно восприимчив к аффективному состоянию окружающих его лиц (Иогихес М.И., 1929). Е.А. Аркин (1968) указывает, что «пример окружающих играет первенствующую роль не только в том смысле, что взрослые внешними проявлениями страха, часто совершенно бессмысленного, заражают детей, но, что очень важно подчеркнуть, своим паническим поведением по малейшему поводу, грозящему, по их мнению, опасностью ребенку, создают в ребенке состояние напряженной тревоги и страха». Далее он подчеркивает, что раннее зарождение страха и его последующее нарастание могут служить не только тормозом для нормального развития, но и толчком к серьезным и стойким болезненным уклонениям. При наделении раздражителей, идущих от взрослых, условно-рефлекторным патогенным значением эти раздражители воспринимаются ребенком как сигналы опасности (Файнберг С.Г., 1961). Иначе говоря, невротические реакции развиваются в ответ не столько на сами раздражители, сколько на способ реагирования взрослых на них (Рожнов В.Е., Драпкин Б.З., 1974). Много внимания уделяется проблемам невротизации единственного ребенка в семье (Яковleva E.K., 1958; Лепукальн A.I., 1976; Гарбузов В.И., 1978). А. С. Макаренко (1955) считал, что только в семье, где есть несколько детей, родительская забота может иметь нормальный характер. У единственных детей часто имеют место нарушения адаптации и невротические реакции в ответ на помещение в ясли и детский сад (Блей Е.А., 1940; Голубева Л.Г. и др., 1974). Во всех случаях неблагоприятное влияние на формирование характера ребенка оказывает резкое расхождение требований родителей, ведущих к развитию у него чрезмерной осторожности, и требований детского коллектива, который ценит самостоятельность, активность, смелость. Это противоречие создает конфликтное состояние и предрасполагает к возникновению невротических реакций (Сухарева Г.Е., 1959). В.Н. Мясищев (1960), определяя источники невроза в дошкольном возрасте в узко семейной ситуации, конкретизирует это патогенной ролью семейных конфликтов,

противоречивостью отношений родителей к ребенку. Формирующийся в этих условиях способ переработки жизненных трудностей дает основания говорить о задержке волевого развития и возникновении аффективно-гипобулического и субъективно-ирреального характера переработки действительности. Для невроза исходным и определяющим является нарушение системы отношений (или предотношений, по В.Н. Мясищеву), которое возникает в результате противоречий между тенденциями и возможностями личности и требованиями и возможностями действительности. Неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое противоречие между личностью и значимыми для нее сторонами действительности вызывает болезненно тягостные переживания, которые приводят к образованию внутреннего конфликта - столкновения в сознании ребенка противоположно окрашенных аффективных отношений к тому или иному близкому лицу или к создавшейся ситуации. Конфликт занимает центральное место в жизни ребенка, оказывается для него неразрешимым и, затягиваясь, создает аффективное напряжение, которое, в свою очередь, обостряет противоречия, усиливает трудности, повышает неустойчивость и возбудимость, углубляет и болезненно фиксирует переживания, снижает продуктивность и самоконтроль, дезорганизует волевое управление личности в целом. Объективное и логическое в мышлении уступает место субъективному и символическому. Психическая и физиологическая дезорганизация личности, происходящая под влиянием психогенных факторов, является основой невроза. Поэтому задача анализа развития личности невротика заключается в том, чтобы выяснить, как в процессе роста у ребенка складываются болезненные отношения, зарождается конфликт, создается напряжение, формируется невротическая, то есть индивидуалистическая, иррациональная, субъективная установка, грозящая взрывом - патологической картиной невроза.

Значение в психогенезе неврозов конфликта на почве личных привязанностей отмечают Т.П. Симеон (1934) и Е.А. Блей (1940). Е.А. Осипова (1932) считает ключевым переживанием у детей при этом заболевании уязвление чувства собственной личности, а характер невротических реакций определяет как защитный и инфантильный. Е.А. Блей (1940) подчеркивает патогенную роль «места наименьшего сопротивления» и наступающую в результате невроза дезинтеграцию личности.

По В.А. Гиляровскому (1938), сущность невроза заключается в несоответствии между возможностями, находящимися в распоряжении личности, и теми обязанностями, которые проистекают из наличия определенных социальных отношений. Для его возникновения необходимо сочетание 3 звеньев психической травмы, особого склада личности и ее невротического развития под влиянием травмы.

Как и В.Н. Мясищев, В.А. Гиляровский (1934) считает центральным в генезе невроза нарушение контактов с окружающими, а само заболевание рассматривается как более или менее компенсированный срыв личности при ее развитии и попытках утверждения в некоторых позициях.

Из других концепций основного патогенного конфликта следует отметить взгляд В.М. Бехтерева и Р.Я. Голанта (1929) на невроз как на результат противоречий между фило- и онтогенетически обусловленным типом реагирования и конкретными средовыми условиями. В.Н. Мясищев (1973) отметил, что невротические состояния тревоги и страха, тревожной мнимательности, обидчивости и взрывчатости, реализуясь в той или иной форме, в зависимости от темперамента, вызывают реакции эмотивного характера, переходящие в состояние невроза и углубляющиеся при непонимании со стороны окружающих.

Таким образом, представленный патогенез неврозов у детей показывает его общие стороны как процесса психогенного заболевания формирующейся личности. Наиболее полно патогенез рассмотрен при неврозе навязчивых состояний (Скапини Е.Е., 1934; Яковлева Е.К., 1958; Асатиани Н.М., 1967; Гарбузов В.И., 1970; Липгарт Н.К., 1974; Шевченко Ю.С., 1980). Для психотерапии патогенез отдельных клинических форм невроза имеет существенное значение, так как позволяет сделать ее более направленной.

В рассматриваемой проблеме остается еще много нераскрытых сторон, прежде всего в отношении взаимосвязи между неправильным воспитанием, как главным патогенным фактором, и личностными особенностями родителей, которые являются в отечественной психоневрологии «terra incognita».

ПСИХИАТРИЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ АГРЕССИЕЙ

Ю.А. Берсенева

Агрессивность может быть как проявлением психического расстройства, так и свойством личности. При этом очевидно, что при наличии психических расстройств существенное влияние на формирование и реализацию агрессивного поведения оказывают психопатологические феномены, главным образом актуальное психическое состояние. Если построить шкалу потенциальной опасности психопатологических синдромов, то во многом она будет повторять градацию их тяжести.

В результате проведенного нами клинико-эпидемиологического исследования установлено, что среди больных с агрессивным поведением, находившихся в психиатрическом стационаре, пациенты с расстройствами личности и поведения, встречающимися в зрелом возрасте (F60 – F69), составили 24,8% (99,4 человек на 1 тыс. стационарных больных).

Больные с расстройствами личности чаще всего поступали в стационар по направлению военкоматов, социальных или правоохранительных служб, иногда по настоянию близких родственников или соседей в связи с неадекватностью поведения, в периоды декомпенсации психопатологических проявлений.

В группе больных с расстройствами личности и поведения наиболее часто встречались эмоционально-неустойчивые расстройства (53,49%), истерические расстройства личности (23,84%) и диссоциальные – 22,67% наблюдений.

В группе эмоционально-неустойчивых расстройств преобладали случаи импульсивного варианта рассматриваемой личностной патологии, который составил 61,96% наблюдений. Больные с пограничным подтипов данного расстройства составили 38,04% случаев (рисунок 1).

В данной клинической группе выявлен высокий уровень агрессивности. Структура агрессии колебалась от выраженной склонности к прямой физической и вербальной агрессии с высокой степенью обидчивости и раздражительности до косвенной агрессивности. Враждебность вытекала из выраженной подозрительности и негативизма. Аутоагgressивное поведение с нанесением самоповреждений появлялось на фоне дистимий и личностных реакций с депрессивным компонентом, и редко было обусловлено чувством вины или постаффективным отреагированием.

Уровень социальной психологической адаптации колебался в зависимости от клинических проявлений. Клинико-динамические сдвиги в виде фазовых состояний оказались достаточно типичными для эмоционально-неустойчивого расстройства личности. Клиническая картина психопатических faz была представлена субдепрессивной симптоматикой у 9,97% больных, у 13,04% больных - в форме дистимии, очерченная клиника дисфорического синдрома выявлена у 51,07% больных и циклотимический вариант психопатической фазы был зарегистрирован в 26,09% наблюдений. Таким образом, у больных этой группы наблюдались аффективные нарушения, которые возникали вне связи с психотравмирующей ситуацией (аутохонно) на фоне соматического благополучия. Фазовые состояния начинались с переживаний немотивированной тоски, обычно утром, утраты прежнего жизненного тонуса и снижения энергичности. Больные тяготились выполнением привычных и повседневных обязанностей, жаловались на потерю удовольствия, плохой сон по причине мрачных размышлений. В течение 2-3 недель отмечалось присое-

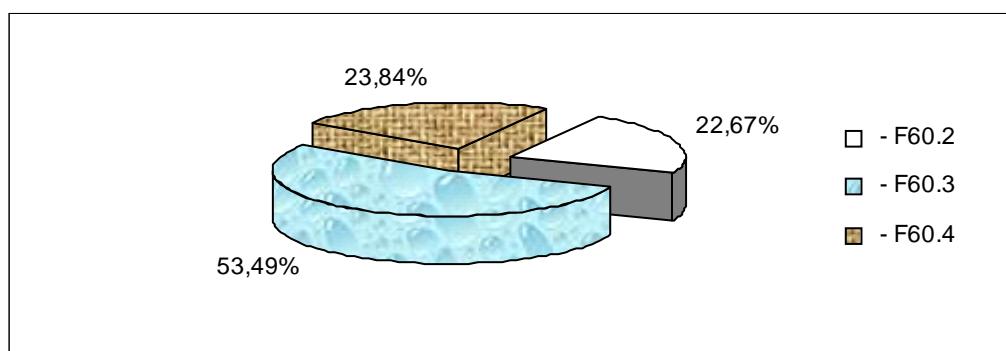


Рисунок 1. Клиническая структура агрессивных больных с расстройствами личности и поведения

динение дополнительной симптоматики гипотимического регистра, однако, клиническая картина не достигала психотического уровня. Продолжительность фаз не превышала 1,5-2 месяцев.

Синдромально более очерченными были состояния субкомпенсации и декомпенсации. Декомпенсации диагностировались в случаях психогенного или соматогенного спровоцированного ухудшения психического состояния с заострением типологических черт характера и присоединением невротических и соматовегетативных нарушений. В результате разбалансировки механизмов компенсации и адаптации под влиянием внешних и внутренних факторов возникает динамический сдвиг психопатии, который выражается синдромально очерченной клиникой декомпенсации и нарушением личностного функционирования.

В отличие от психопатических реакций декомпенсации начинались с привычного личностного стереотипа реагирования вне зависимости от психотравмирующей ситуации. Наряду с заострением и обнажением облигатных и основных черт характера, присоединялись невротические жалобы на раздражительность, головные боли, вегетативно-сосудистые нарушения и затруднения при засыпании, которые становились ведущими в клинической картине декомпенсаций. В основе декомпенсаций лежали различные психотравмирующие воздействия, чаще неприятные известия из дома, межперсональные конфликты, поэтому у 95,6% больных этой группы декомпенсации по механизму возникновения были психогенными. Однако соматическое неблагополучие в половине случаев сыграло роль почвы и влияло на клиническое оформление симптоматики, обычно с ипохондрической фиксацией на существующих болезнях внутренних органов. Продолжительность декомпенсаций колебалась от 2-3 недель до 1-2 месяцев. Клиническая симптоматика в половине случаев (50,7%) сохранилась после разрешения или дезактуализации психогенной ситуации. У эмоционально-неустойчивых личностей в клинической картине преобладали аффективные нарушения с симптоматикой невротической депрессии, дистимии с дисфорическим оформлением. В остальных случаях наблюдались невротические симптомокомплексы астеноипохондрического характера. В период декомпенсации, в силу характерологического заострения типологических свойств и качеств личности, у 32,9% больных наблюдались неоднократные ситуационные реакции, в том числе у 14 человек с аутоагgressивным поведением (суициальные попытки или высказывания).

Основным вариантом клинико-динамических сдвигов у больных с эмоционально-неустойчивым расстройством личности были аффективные, ситуационно-личностные и патохарактерологические реакции, которые оказывали существенное влияние на их социальную и психологическую адаптацию.

В отличие от декомпенсаций психопатические реакции были скоротечными и выражались аффективными и поведенческими нарушениями. Длительность реакций колебалась от нескольких минут (при психопатическом психомоторном возбуждении) до нескольких часов (реже до 2-3 суток) – при их затяжном течении. Диагностика психопатических реакций основывалась на клинических признаках патохарактерологических реакций.

Уровень социально-психологической адаптации больных с истерическим расстройством личности значительно колебался на протяжении жизни. По причине личностной дисгармонии, эмоциональной неустойчивости зона конфликтных ситуаций, в которой оказывались больные, увеличивалась за счет индивидуально-трудных для них ситуаций. Склонность истероидов к формированию многообразных и гротескных форм реакций приводила к госпитализациям в психиатрический стационар, нередко повторно.

Клинико-динамические сдвиги преимущественно протекали по однозначному (гомоному) типу реагирования с заострением аномальных черт с истероидной окраской симптоматики. Гетерономные способы реагирования (по эксплозивному и астеническому типу) были отмечены всего лишь у 9,6% больных. Перманентные сдвиги личности у 24,6% человек протекали с нарастанием и учащением истеро-демонстративного поведения и утяжелением эксплозивности в реагировании.

Клиническая группа истероидов по своим характерологическим проявлениям была неоднородна. Основная часть больных с истерическими расстройствами личности (65,85% наблюдений) типологически стояла ближе к гипертимно-нейростатичному варианту истероидов со стечностью и высокой возбудимостью, в поведении которых преобладали демонстративные гастроинтестинальные элементы с активно-агрессивными тенденциями, что и определяло симптоматику клинико-динамических сдвигов. Остальные больные этой группы были отнесены к лабильным (19,52% наблюдений), сензитивным и тормозимым (14,63% наблюдений) истероидам с признаками инфантилизма и преобладанием конверсионных расстройств при клинико-динамических сдвигах. Истерическая (конверсионная) симптоматика являлась вариантом защиты на патологическом уровне, легко фиксировалась и стереотипно повторялась. Истеро-невротическое реагирование клинически оформлялось моносимптоматикой или очерченным истерическим синдромом. Уход из действительности происходил не только по механизму «бегства в болезнь», но и появлением сверхценных образований в виде «фантомов», подменяющих реальную оценку ситуации, кататимно трансформируя объективные обстоятельства на субъективное мировосприятие.

Общая психическая неуравновешенность истероидов в большей степени касалась их эмоциональ-

ной сферы. Реактивная лабильность выражалась неустойчивостью настроения, которое менялось из-за их высокой раздражительности, впечатлительности, ситуативной податливости эмоций, полярности переживаний от сентиментального грустного настроения до восторженной экзальтированности. Пугливость, боязливость и малодушие, опасение всего нового внезапно сменялись бравадой, показным бесстрашием до безрассудства. При этом эмоциональная экспрессивность скорее была демонстративной, нежели результатом эмоциональной вовлеченности в ситуацию. Неадекватность эмоционального реагирования проявлялась эгоцентрической обидчивостью, капризностью, малодифференцированными инфантильными способами поведения.

Истерическая аномальность мышления проявлялась субъективностью восприятия специфической системы отношений, жизненного уклада. Преобладание образного, с невысоким уровнем обобщения мышления, с опорой в суждениях на внешние, яркие и броские признаки создавали впечатление об интеллектуальной незрелости. Эгоцентрическая трактовка событий, повышенная аффективная зависимость суждений и выводов способствовали однобокости оценок, формированию кататимных сверхценных идей. Сверхценные высказывания и переживания вытекали не из характерологической подозрительности, а из аффективной логики и обидчивой застrevаемости. Сутяжническая направленность не имела признаков паранойальной систематизации и была обусловлена рентными установками или стремлением привлечь к себе внимание. Упрямство и настойчивость в этих случаях были проявлением эгоистического самоутверждения и желания удержать свой престиж. Низкая рационализация в различных коллизиях, где требовалась разумный расчет и строгий контроль поступков, лишала больных возможности планомерного и целенаправленного поведения. Склонность к фантазированию, выдумке и приукрашиванию была связана со стремлением вытеснить реальность из сознания, снизить актуальность и негативную окраску событий, а не устранить возникшие затруднения. Осознанная и бессознательная ретушь сведений о себе, как результат стремления казаться больше и значимее, чем на самом деле, затрудняла выявление анамнестических сведений. Сложное переплетение правды, полуправды у лжи и фантазий носило всегда оттенок драматизации, романтической окраски и особой исключительности жизненных коллизий.

Волевые качества, обеспечивающие целеустремленную деятельность, у истероидов были сформированы недостаточно, поэтому преобладало ситуативное поведение, мотивы поступков формировались в соответствии с модальностью эмоционального состояния. В результате слабой способности к самообладанию истероиды были несдержаны, инициировали конфликтные ситуации. Подражательные

механизмы выступали в качестве своеобразной защиты с социальной мимикрией. С другой стороны, подражание вытекало из желания продемонстрировать свою оригинальность, подчеркнуть наличие у себя каких-либо наиболее популярных качеств, поэтому ими копировалось поведение других лиц. Подражание сопровождалось бравадой, хвастовством с целью привлечь к себе внимание. При общении истероиды были речисты, умели уловить настроение окружающих, иногда увлечь их идеями, но вскоре раскрывалось их прожекторство, что гасило порыв активности. Поиск новой среды зрителей и желание популярности восстанавливали активность. Отсутствие глубокой эмоциональной вовлеченности компенсировалось экзальтированностью реагирования, что создавало окраску нарочитости, театральности. Завышенная самооценка с эгоцентрической тенденцией к сужению критики к негативным сторонам своей личности создавала несоответствие между уровнем притязаний и возможностями. Желание получить больше, чем они заслуживают, вызывало внутренний и внешний конфликт. При наличии зрительской публики, незначительной эмоциональной поддержке включалось самовзвинчивание, демонстративность поведения усиливалась, критическая самооценка исчезала.

В конфликтных ситуациях легко возникало психомоторное возбуждение, которое не соответствовало глубине эмоционального реагирования, поэтому состояние гнева и злобы больше демонстрировалось, чем переживалось: больные начинали кричать, топать ногами, выкрикивать нереальные угрозы, наносили оскорблений, обвиняли всех в несправедливости, предвзятое к ним отношении. При реакциях обиды со стремлением достичь сострадания и жалости возникало соответствующее рентной установке поведение.

Неосмотрительность, порывистость в поступках и действиях приводили к утрате достигнутого положения в ближайшем окружении. Негативный опыт не усваивался. Вопреки формально правильному пониманию относительной выгодности совершенного поступка, высказанного мнения и другой необдуманной активности у них сохранялась тенденция повторять ошибки. Завышенное стремление истероидов быть в центре внимания, выраженная жажда признания при утрате к ним внимания, уважения и восхищения вызывали фрустрационные переживания с декомпенсацией.

Типичная для истероидов драматизация событий порождала суицидальные переживания угрозы самоубийством, суицидальные попытки. Истерический механизм условной приятности формировал мотивы аутоагрессивного поведения.

Патохарактерологические реакции проявлялись аффективными реакциями с неизмененным стремлением привлечь к себе внимание. В клинике субдепрессий драматизировалась ситуация. Истеро-

невротическая симптоматика дополнялась выпадением отдельных функций. Ипохондрические и соматоформные расстройства по их тяжести и динамике не укладывались в рамки синдромов соматических заболеваний по их тяжести и динамике. Декомпенсации сопровождались утяжелением и заострением аномальных базисных черт личности. Псевдодокомпенсации отражали стремление истероидов к популизму, желание выдать себя за сильных устойчивых личностей, проявить себя в различных сферах деятельности. Фантазирование, религиозно-мистические увлечения, группирование с накапливанием партнерских, в том числе сексуальных отношений, давали временную стабилизацию психической и социальной адаптации. Психологическая защита основывалась на малодифференцированных, преимущественно регressive способах (вытеснение, отрицание, блокирование). Рационализация подменялась косметической ложью и вымыслами.

При выделении клинической группы с диссоциальным расстройством личности были использованы диагностические признаки, указанные в МКБ-10. Социальная и психологическая адаптация у преобладающего большинства больных с данной формой расстройства была на низком уровне. Низкую адаптацию можно объяснить высокой выраженностью асоциальных установок. В значительной мере оказывала влияние на социальную дезадаптацию структурированная деформация их личности.

Клинико-психологический анализ анамнестических сведений у пациентов с диссоциальными расстройствами личности позволил выявить ведущую роль социальных факторов в структурировании личностной аномалии при наличии у них наследственно-конституциональной неполноты темперамента. Неправильные способы воспитания, особенно фактическая безнадзорность, проживание в деформированных семьях накладывались на изначально неполноты динамические свойства личности.

Патологическая подвижность нервно-психических процессов при относительной слабости тормозных функций обусловила задержку развития высших контролирующих и волевых качеств личности. Недостаточная способность к своевременному подавлению и контролю ситуативно активированных желаний и потребностей при существующей повышенной эмоциональной реактивности с детства затрудняла выработку положительного стереотипа поведения. Удовлетворение потребностей происходило по пути наименьшего сопротивления, где не требовалось волевых усилий, напряжения, настойчивости, организованной и целенаправленной деятельности. Легко формировался отрицательный динамический стереотип с закреплением патологических или неадекватных форм реагирования. Чрезмерная моторная подвижность и гиперактивность пубертатного периода приводили к недисциплинированности, разбросанности, снижению способнос-

тей контролировать психические реакции. Слабая способность к отказу или отсрочке удовлетворения потребностей вызывала патохарактерологические реакции с грубоостью, аффективной напряженностью, импульсивной агрессией и жестокостью по отношению к людям и животным. Формировалась антипатия ко всем лицам, которые осуществляли внешний контроль, прежде всего – к учителям и родителям, ограничивающим сиюминутное удовлетворение потребностей и желаний. Повышенная чувствительность к ограничениям и непереносимость внешней регламентации приводили к активному сопротивлению запретам, постоянному игнорированию любых наставлений, а затем к нарушению норм поведения. Школьная дезадаптация проявлялась уклонением от выполнения текущих обязанностей, утратой интереса к учебе. Самоутверждение и самоактуализации реализовались при неформальном общении. Девиантное поведение становилось нормой. Неспособность к самоограничению влекла за собой стремление получить желаемое всеми доступными путями без затраты усилий, вопреки запретам, нормам и правилам, бытующим в окружающем обществе. На этапе структурирования личностной аномалии поведение диссоциальных подростков укладывалось в клиническую характеристику социализированного, несоциализированного и оппозиционно-вызывающего расстройства поведения. Микросоциальная запущенность усугубляла личностное функционирование.

Асоциальность поведения формировала образ жизни с бессердечием и равнодушием к чувствам и переживаниям других людей. Системные усилия в достижении цели для них были невозможны по причине недоразвития положительных социально ценных качеств личности, что сочеталось с низкой толерантностью к жизненным трудностям, повышенной чувствительностью к фruстрациям, неспособностью к терпеливому ожиданию или иной планомерной деятельности. Слабость торможения влечений и невозможность отказаться или отсрочить удовлетворение возникших потребностей определяли основной стереотип поведения – «живь одним днём». Неспособность к переживаниям чувства вины выражалась самооправданием и подменялась склонностью обвинять окружающих во всех неприятностях. Активное сопротивление запретам и правилам влекло за собой аффективную несдержанность и оппозиционность. При незначительном ужесточении дисциплины аффективная напряженность и грусть приводили к новым конфликтам.

Клинико-динамические сдвиги в виде декомпенсаций, ситуационных и патохарактерологических реакций синдромально были недостаточно очерчены и перекрывались личностно структурными нарастаниями в форме заострения облигатных качеств личности. Наличие фазовых состояний при диссоциальном расстройстве личности было спор-

ным, только в 3 случаях отмечались устойчивые гипотимические и циклотимические расстройства настроения. Декомпенсации в виде затяжных невротических состояний комбинировались с поведенческими нарушениями, аффективным реагированием.

Автоаггрессивное реагирование в самостоятельной форме встречалось редко. Суицидальные высказывания появлялись на фоне декомпенсаций при заострении факультативных черт характера и перманентных сдвигах в структуре личности по истерическому и эксплозивному типу.

Эмоциональная возбудимость и раздражительность способствовали конфликтности. В ссорах и конфликтах вели себя грубо, стремились унизить окружающих, оскорбить циничной бранью. Несправедливые обвинения и нападки на окружающих вытекали из рассогласования между субъективной и объективной оценкой обстоятельств, текущих событий и мнением других людей. Однобокость оценок и узкая направленность суждений и выводов носили характер сверхценных образований. Регулятивно-рациональное отношение было слабо сформировано из-за дефекта контролирующих систем личности, при этом из эталона контроля исключались при-

нятые в обществе нормы поведения, происходило отделение самоконтроля от нормативного и внешнего контроля. Уровень притязаний превышал возможности и ресурсы их личности. Часто возникало стремление к самоутверждению с позиций силы. Агрессивность сопровождалась безрассудным игнорированием личностной безопасности.

В целом, при обследовании больных с расстройствами личности было выявлено, что на момент нахождения в стационаре лишь в редких случаях можно было говорить о полной компенсации психических расстройств. Наибольший процент составили больные в состоянии декомпенсации (52,91% наблюдений), а у 40,12% больных наблюдалась субкомпенсация.

Практически у всех больных, в актуальном психическом статусе наблюдались аффективные расстройства в большей или меньшей степени выраженности. Наиболее часто (38,13% наблюдений) отмечались дисфорические состояния. Реже констатировались дистимические состояния без дисфорического оттенка (24,38% наблюдений). Синдромы астено-ипохондрического характера были отмечены в 20,00% случаев, а циклотимического характера – в 17,50% наблюдений.

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПАЦИЕНТОВ СЕМИПАЛАТИНСКОГО РЕГИОНА С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Б.М. Исакова

г. Алматы

Обследованы 80 пациентов Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея, находившиеся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях в июне 2008 года. Из них мужчин - 40 человек (50%), женщин - 40 человек (50%).

Анализ возрастного состава показал преобладание пациентов молодого и среднего возрастов 18-49 лет (82,6%), причём лиц 18-29 лет было 20 чел. (25%±9,5%), лиц 30-39 лет - 21 чел. (26,3%±9,6%), пациентов 40-49 лет - 25 чел. (31,3%±10,2%) (см. таблицу 1 и рисунок 1).

Распределение пациентов (n=80), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острых отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея в июне 2008 года, по возрасту

Возрастные категории	Положительных исходов	Среднее значение	Доверительный интервал среднего
До 18 лет	1	1,3%	0,5<>7%
18-29 лет	20	25%	±9,5%
30-39 лет	21	26,3%	±9,6%
40-49 лет	25	31,3%	±10,2%
50-59 лет	8	10%	±6,6%
60-69 лет	4	5%	2,1<>12,4%
70 лет и старше	1	1,3%	0,5<>7%

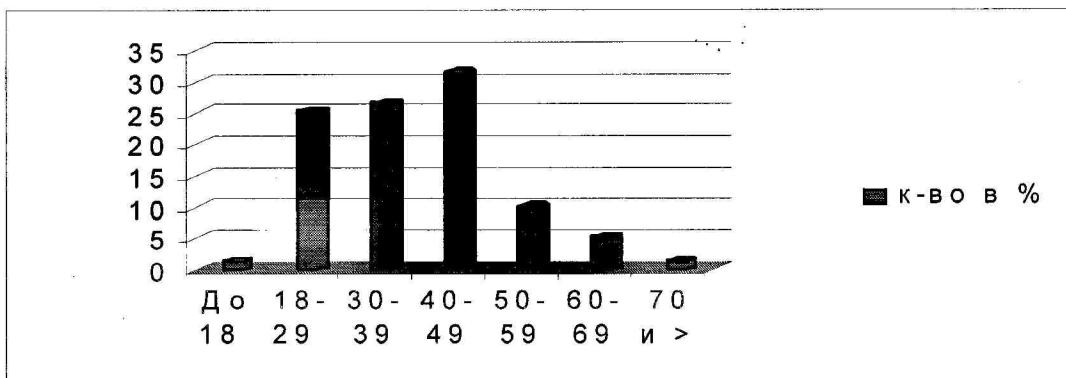


Рисунок 1. Распределение пациентов ($n=80$), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея в июне 2008 года, по возрасту

Анализ национального состава обследуемых лиц выявил преобладание казахов в сравнении с другими национальностями. По национальности обследованные пациенты распределились следующим образом: казахов 48 ($60\%\pm10,7\%$), русских 20 чел. ($25\%\pm9,5\%$), другие национальности - 12 чел ($15\%\pm7,8\%$) (таблица 2, рисунок 2).

По месту проживания пациенты распределились неравномерно – количество городских жителей было преобладающим. Основную часть пациентов составляли городские жители - 51 человек или $63,7\%\pm10,5\%$, остальные 29 человек (36,3%

$\pm10,5\%$) были сельскими жителями (см. таблицу 3, рисунок 3).

Диагнозы были представлены следующим образом: большинство пациентов (58 человек или $72,5\%\pm9,8\%$) находились на лечении с диагнозом: Шизофрения (F20), остальные нозологии были представлены в меньшей степени. По 7 пациентов ($8,8\%\pm6,2\%$) пришлось на диагнозы расстройства личности и поведения вследствие повреждения и дисфункции головного мозга (F07) и умственной отсталости (F70). Остальные нозологии были представлены в минимальной степени и

Таблица 2

Распределение пациентов ($n=80$), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея в июне 2008 года, по национальности

Национальности	Положительных исходов	Среднее значение	Доверительный интервал среднего
Казахи	48	60%	$\pm10,7\%$
Русские	20	25%	$\pm9,5\%$
Другие национальности	12	15%	$\pm7,8\%$

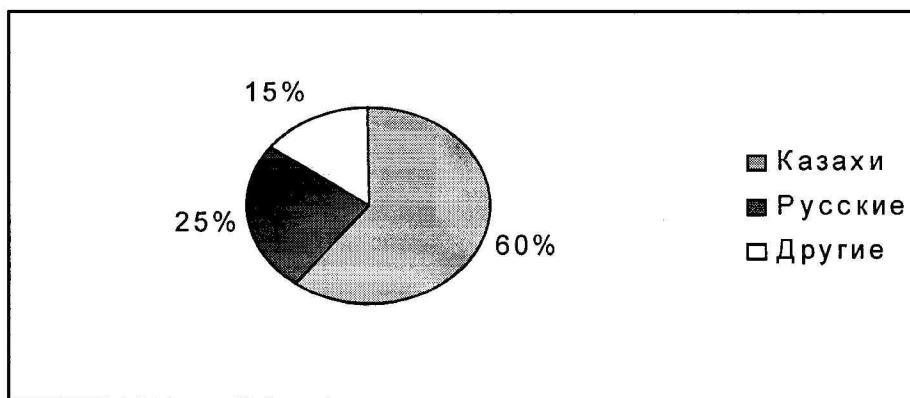


Рисунок 2. Распределение пациентов ($n=80$), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея в июне 2008 года, по национальности

Таблица 3

Распределение пациентов (n=80), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея в июне 2008 года, по месту проживания

Место проживания	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал среднего
Город	51	63,7	±10,5%
Село	29	36,3	±10,5%

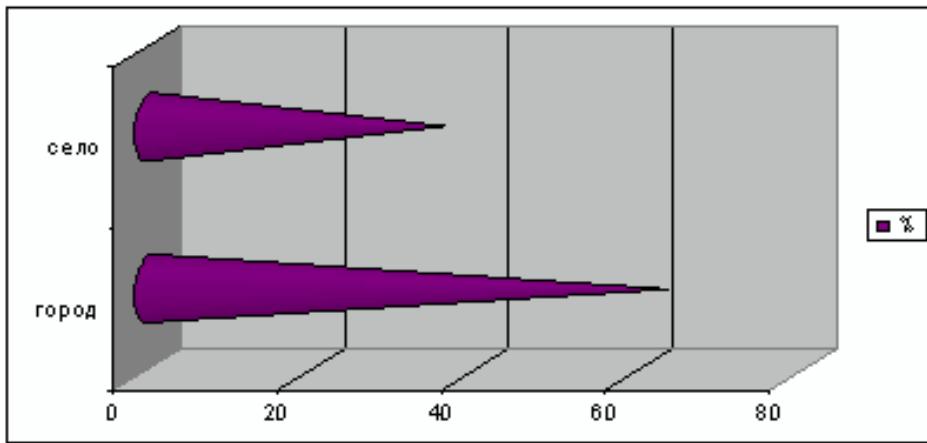


Рисунок 3. Распределение пациентов (n=80), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея в июне 2008 года, по месту проживания

распределились поровну между другими расстройствами вследствие повреждения и дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни (F 06), хроническими бредовыми расстройствами (F 22) и острыми и транзиторными психическими расстройствами (F 23) – по 2 чел. (2,5%) (при доверительном интервале 1<>8,8%). Единичные случаи пришлись на диагноз: Деменция (F02) и Шизоаффективное расстройство (F25) - по 1 пациенту (1,3%), при доверительном интервале 0,5<>7% (таблица 4, рисунок 4).

При дальнейшем исследования пациентов нами проведено выявление наследственной отягощенности по психическому заболеванию. Установлено, что наследственность не отягощена у половины пациентов – 40 чел. (50%±11%). Имеющих наследственную отягощенность без дополнительных указаний было 28 чел. (35%±10,5%), шизофрению указали 7 чел. (8,8%±6,2%), алкоголизм и умственная отсталость в роду были в единичных случаях по 1 чел. (1,3%) (при доверительном интервале 0,5<>7%) (таблица 5, рисунок 5).

Таблица 4

Распределение пациентов (n=80,) находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея в июне 2008 года, по нозологиям

Диагноз по МКБ-10	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал среднего
F 0.2	1	1,3	0,5<>7%
F 0.6	2	2,5	1<>8,8%
F 0.7	7	8,8	±6,2%
F 20	58	72,5	±9,8%
F 22	2	2,5	1<>8,8%
F 23	2	2,5	1<>8,8%
F 25	1	1,3	0,5<>7%
F 70	7	8,8	±6,2%

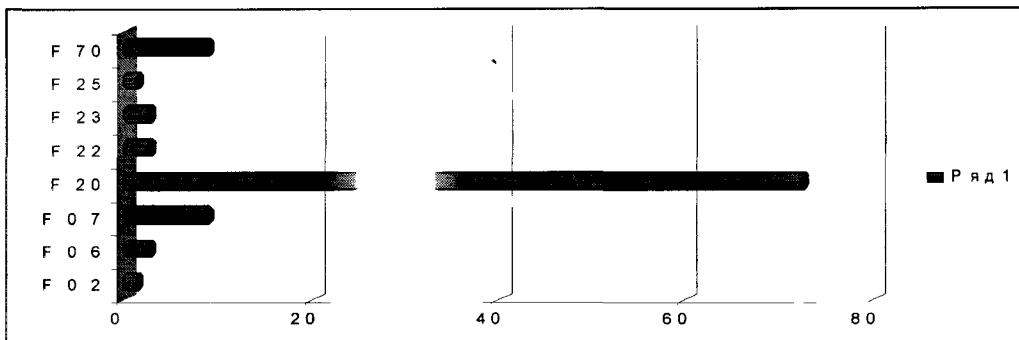


Рисунок 4. Распределение пациентов ($n=80$) находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г Семея в июне 2008 года, по нозологиям

Таблица 5
Наследственная отягощенность по психическому заболеванию пациентов ($n=80$), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острых отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г Семея в июне 2008 года

Наличие наследственной отягощенности по психическому заболеванию	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал среднего
Нет	40	50	$\pm 11\%$
Да (без дополнительных указаний)	28	35	$\pm 10,5\%$
Да, шизофрения	7	8,8	$\pm 6,2\%$
Да, аффективные расстройства	0	0	$0 \leftrightarrow 5,2\%$
Да, алкоголизм	1	1,3	$0,5 \leftrightarrow 7\%$
Да, другие психозы	0	0	$0 \leftrightarrow 5,2\%$
Да, умственная отсталость	1	1,3	$0,5 \leftrightarrow 7\%$
Да, другие непсихотические заболевания	0	0	$0 \leftrightarrow 5,2\%$
Употребление психоактивных веществ (наркомании, токсикомании)	0	0	$0 \leftrightarrow 5,2\%$
Суицидальные попытки или завершённые суициды у близких родственников	0	0	$0 \leftrightarrow 5,2\%$
Не установлено	3	3,8	$1,6 \leftrightarrow 10,6\%$

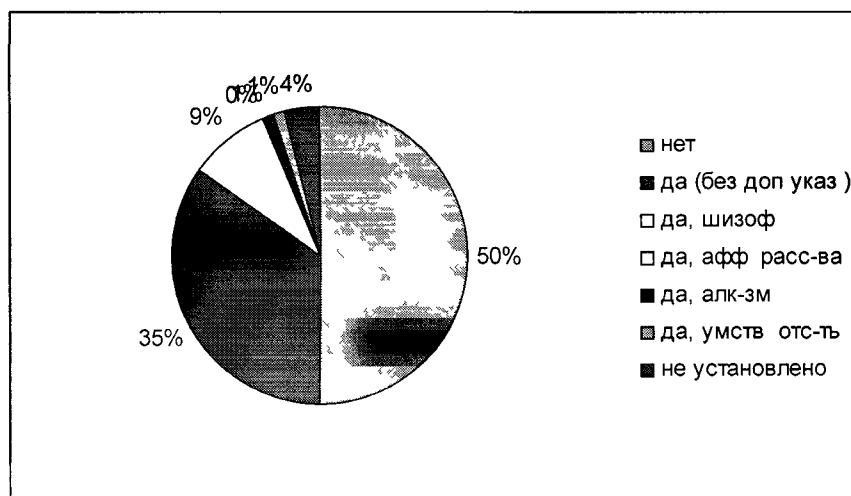


Рисунок 5. Наследственная отягощенность по психическому заболеванию пациентов ($n=80$), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острых отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г Семея в июне 2008 года

Так же нас интересовало наличие инвалидности у наших больных. Социально дезадаптированы были 55 человек (68,8%), причём большая часть – 52 чел. (65%) имели инвалидность по психическому заболеванию. Основная часть больных - 42 чел. (51,2% ±11%) имели II группу инвалидности, III группа ин-

валидности отмечалась у 9 чел. (11,3%±6,9%), I группа инвалидности была у 2 чел. (2,5%), (при доверительном интервале 1<>8,8%). Инвалидность по другому заболеванию имела место у 3 чел. (3,8%), (при доверительном интервале 1,6<>10,6%) (таблица 6, рисунок 6).

Таблица 6

Инвалидность пациентов (n=80), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея в июне 2008 года

Наличие инвалидности	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал среднего
Нет	25	31,2	±10%
I группа инвалидности по психическому заболеванию	2	2,5	1<>8,8%
II группа инвалидности по психическому заболеванию	41	51,2	±11%
III группа инвалидности по психическому заболеванию	9	11,3	±6,9%
Инвалидность по другому заболеванию	3	3,8	1,6<>10,6%

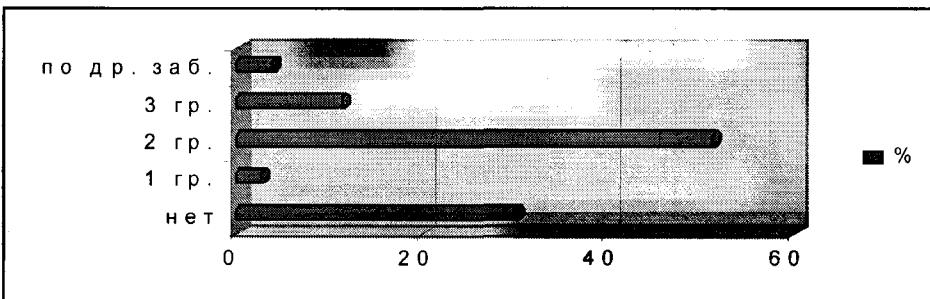


Рисунок 6. Инвалидность пациентов (n=80), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея в июне 2008 года

Анализ проявлений социальной дезадаптации выявил, что основная часть обследованных - 33 чел. (41,3%±10,8%) отмечают утрату прежних интересов, безучастность, безынициативность. У 29 человек (36,3%±10,5%) дезадаптация проявлялась в виде аг-

рессивности и конфликтности, у 8 чел. (10%±6,6%) – в виде антисоциального поведения. Проявлений социальной дезадаптации не отмечали лишь 4 человека (5%) (при доверительном интервале 2,1<>12,4%) (таблица 7, рисунок 7).

Таблица 7

Проявления социальной дезадаптации у пациентов (n=80), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея в июне 2008 года

Проявления социальной дезадаптации	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал среднего
Утрата прежних интересов, безучастность, безынициативность	33	41,3	±10,8%
Агрессивность, конфликтность	29	36,3	±10,5%
Антисоциальное поведение	8	10	±6,6%
Нарушение, разрыв семейных отношений	2	2,5	1<>8,8%
Уход в мир мистических представлений (секты, целичество и др.)	1	1,3	0,5<>7%
Иные	3	3,8	1,6<>10,6%
Отсутствие проявлений социальной дезадаптации	4	5	2,1<>12,4%

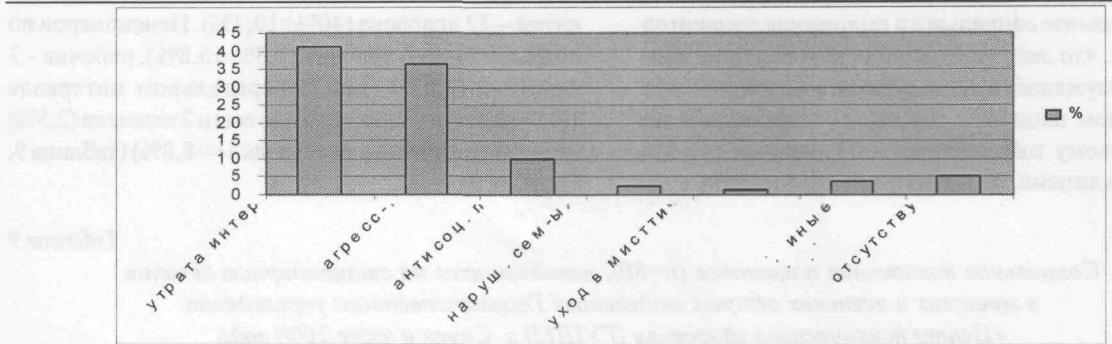


Рисунок 7. Проявления социальной дезадаптации у пациентов ($n=80$), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея в июне 2008 года

Анализ сферы профессиональной деятельности показал, что большинство обследованных не имеют профессий - 58 человек ($71,3\% \pm 9,9\%$). Работали в сельском хозяйстве 11 человек ($13,8\% \pm 7,5\%$). В сфере образования и торговли работали по 4 человека (по 5%), при доверительном интервале $2,1 \leq 12,4\%$.

Имели профессию в промышленности, бизнесе и здравоохранении по 1 человеку ($1,3\%$) (при доверительном интервале $0,5 \leq 7\%$). Интересен факт, что среди обследованных пациентов не встречались лица из армии, сферы науки и культуры (таблица 8, рисунок 8).

Сфера трудовой занятости пациентов ($n=80$), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острых отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея в июне 2008 года

Сфера трудовой занятости	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал среднего
Промышленность	1	1,3	$0,5 \leq 7\%$
Сельское хозяйство	11	13,8	$\pm 7,5\%$
Бизнес, финансы	1	1,3	$0,5 \leq 7\%$
Образование	4	5	$2,1 \leq 12,4\%$
Наука	0	0	$0 \leq 5,2\%$
Культура	0	0	$0 \leq 5,2\%$
Здравоохранение	1	1,3	$0,5 \leq 7\%$
Транспорт	0	0	$0 \leq 5,2\%$
Торговля, бытовое обслуживание	4	5	$2,1 \leq 12,4\%$
Войска (срочная служба, МВД и др.)	0	0	$0 \leq 5,2\%$
Профессии не имеет	58	71,3	$\pm 9,9\%$

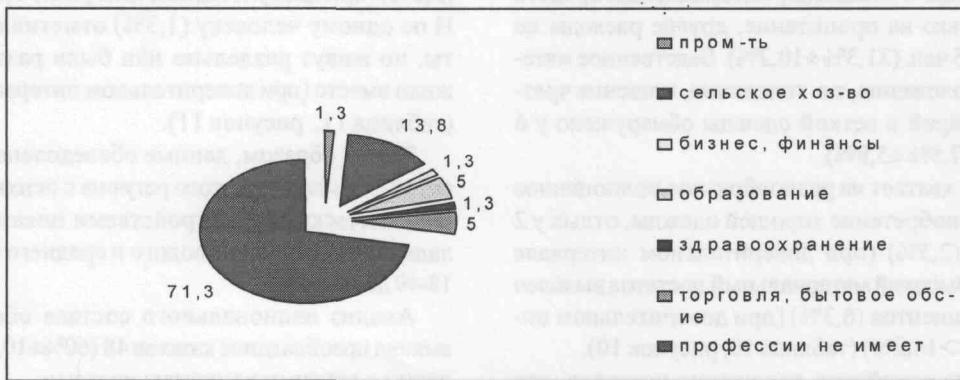


Рисунок 8. Сфера трудовой занятости пациентов ($n=80$), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острых отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея в июне 2008 года

При анализе социального положения пациентов выявлено, что лиц, занимающих руководящие должности, служащих в исследуемом контингенте нет. В основном пациенты оказались инвалидами по психическому заболеванию - 37 человек ($46,3\% \pm 10,9\%$) и лицами, не имеющими определенных занятий – 32 человека ($40\% \pm 10,7\%$). Пенсионеров по возрасту было 6 человек ($7,5\% \pm 5,8\%$), рабочих - 3 человека (3,8%) (при доверительном интервале $1,6 < 10,6\%$) и учащихся было всего 2 человека (2,5%) (при доверительном интервале $1 < 8,8\%$) (таблица 9, рисунок 9).

Таблица 9

Социальное положение пациентов (n=80), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семей в июне 2008 года

Социальное положение пациентов	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал среднего
Руководитель	0	0	$0 < 5,2\%$
Служащий	0	0	$0 < 5,2\%$
Рабочий	3	3,8	$1,6 < 10,6\%$
Пенсионер по возрасту	6	7,5	$\pm 5,8\%$
Инвалид	37	46,3	$\pm 10,9\%$
Учащийся	2	2,5	$1 < 8,8\%$
Не работает (без определённых занятий)	32	40	$\pm 10,7\%$

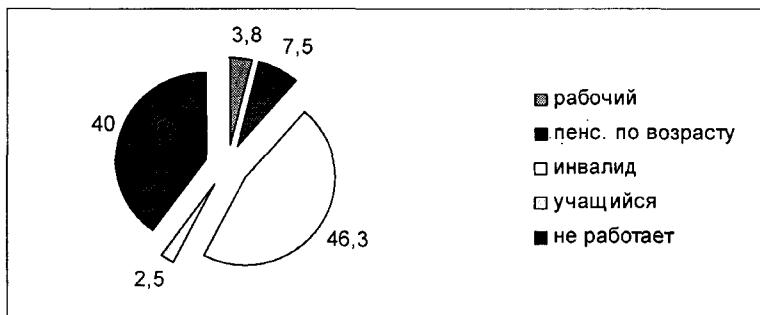


Рисунок 9. Социальное положение пациентов (n=80), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семей в июне 2008 года

При анализе материального положения, нами выяснено, что у половины обследованных материальных средств хватает на удовлетворительное питание – 42 чел. ($52,5\% \pm 10,9\%$). Отметили, что с трудом сводят «концы с концами», материальных средств хватает только на пропитание, другие расходы не доступны 25 чел. ($31,3\% \pm 10,2\%$). Бедственное материальное положение, т.е. голодающие, ношение чрезвычайно старой и ветхой одежды обнаружено у 6 пациентов ($7,5\% \pm 5,8\%$).

Средств хватает на разнообразное полноценное питание, приобретение хорошей одежды, отдых у 2 пациентов (2,5%) (при доверительном интервале $1 < 8,8\%$). Высокий материальный достаток выявлен лишь у 5 пациентов (6,3%) (при доверительном интервале $2,6 < 14,2\%$) (таблица 10, рисунок 10).

Изучение семейного положения показало, что большинство обследованных были холосты или не замужем - 45 человек ($56,3\% \pm 10,9\%$). Имели семью

14 человек ($17,5\% \pm 8,3\%$). Разведенных было 9 человек ($11,3\% \pm 6,9\%$). Незарегистрированный брак отмечали 5 человек (6,3%) (при доверительном интервале $2,6 < 14,2\%$). Вдовы составляли 3 человека (3,8%) (при доверительном интервале $1,6 < 10,6\%$). И по одному человеку (1,3%) отметили что жены, но живут раздельно или были разведены, но жили вместе (при доверительном интервале $0,5 < 7$) (таблица 11, рисунок 11).

Таким образом, данные обследования 80 пациентов Семипалатинского региона с психическими и поведенческими расстройствами показали преобладание пациентов молодого и среднего возрастов - 18-49 лет (82,6%).

Анализ национального состава обследуемых выявил преобладание казахов 48 ($60\% \pm 10,7\%$) в сравнении с другими национальностями.

По региону проживания пациенты распределились неравномерно – городские жители (51 чел. или

Таблица 10

Материальное положение пациентов (n=80), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея в июне 2008 года

Материальное положение пациентов	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал среднего
Голодает, носит чрезвычайно старую ветхую одежду	6	7,5	±5,8%
С трудом сводит «концы с концами», материальных средств хватает только напропитание	25	31,3	±10,2%
Материальных средств хватает на удовлетворительное питание, периодически может	42	52,5	±10,9%
Средств хватает на разнообразное полноценное питание, приобретение хорошей одежды	2	2,5	1<8,8%
Очень высокий материальный достаток	5	6,3	2,6<14,2%

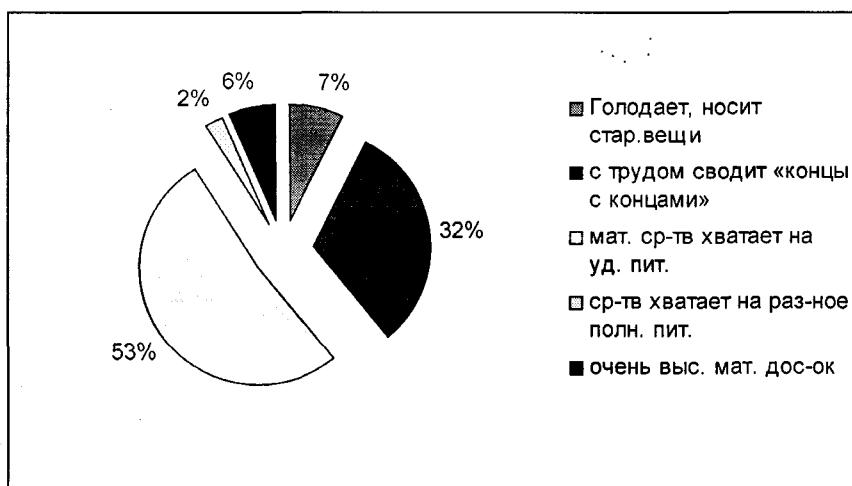


Рисунок 10. Материальное положение пациентов (n=80), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея в июне 2008 года

Таблица 11

Семейное положение пациентов (n=80), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея в июне 2008 года

Семейное положение	Абсолютное число (чел.)	%	Доверительный интервал среднего
Женат (замужем)	14	17,5	±8,3%
Холост (не замужем)	45	56,3	±10,9%
Разведен (а)	9	11,3	±6,9%
Вдовец (вдова)	3	3,8	1,6<10,6%
Незарегистрированный брак	5	6,3	2,6<14,2%
Женат (замужем), но живут раздельно	1	1,3	0,5<7%
Разведен (а), но живут вместе	1	1,3	0,5<7%
Не применимо	2	2,5	1<8,8%

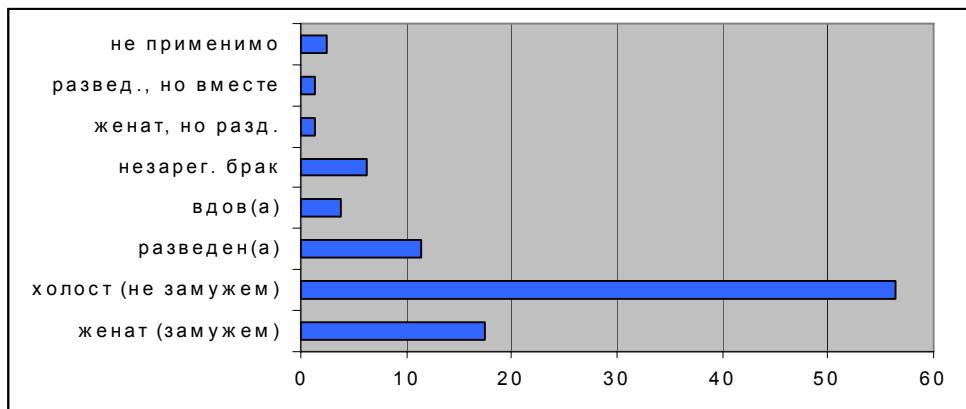


Рисунок 11. Семейное положение пациентов ($n=80$), находившихся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея в июне 2008 года

$63,7\% \pm 10,5\%$) преобладали над жителями села - 29 чел. ($36,3\% \pm 10,5\%$).

Большая часть обследованного контингента лиц (58 пациентов или $72,5\% \pm 9,8\%$) находилась на лечении с диагнозом: Шизофрения (F20). В меньшей степени были представлены расстройства личности и поведения вследствие повреждения и дисфункции головного мозга (F07) и умственной отсталости (F70) - по 7 чел. ($8,8\% \pm 6,2\%$).

Причём, наследственная отягощённость по шизофрении выявлена лишь у 7 человек ($8,8\% \pm 6,2\%$), 28 человек ($35\% \pm 10,5\%$) имели наследственную отягощённость без дополнительных указаний. Неотягощённая наследственность была у половины пациентов – 40 чел. ($50\% \pm 11\%$). Этот факт представляет интерес в плане того, что при преобладании среди пациентов эндогенных заболеваний, наследственный фактор не отмечался в половине случаев. Это позволяет предполагать при возникновении заболевания или его обострении наличие дополнительных психосоциальных факторов (кроме биологических).

Социально дезадаптированы были 55 человек ($68,8\%$), причём большая часть – 52 чел. (65%) имели инвалидность по психическому заболеванию. Основная часть больных - 42 чел. ($51,2\% \pm 11\%$) имели II группу инвалидности.

Анализ проявлений социальной дезадаптации выявил преимущественно утрату прежних интересов, безучастность, безынициативность и дезадаптацию в виде агрессивности и конфликтности.

Анализ сферы профессиональной деятельности показал, что большинство обследованных не имеют профессий - 58 человек ($71,3\% \pm 9,9\%$). Работали в сельском хозяйстве 11 человек ($13,8\% \pm 7,5\%$). В сфере образования и торговли работали по 4 человека (по 5%), при доверительном интервале $2,1 \leq 12,4\%$. Имели профессию в промышленности, бизнесе и здравоохранения по 1 человеку ($1,3\%$) (при доверительном интервале $0,5 \leq 7\%$). Интересен факт, что среди обследованных пациентов не встречались лица из армии, сферы науки и культуры.

При анализе социального положения пациентов выявлено, что среди них нет лиц, занимающих руководящие должности, и служащих. В основном пациенты оказались инвалидами по психическому заболеванию и лицами, не имеющими определенных занятий.

Уровень жизни пациентов был крайне низким у 6 пациентов ($7,5\% \pm 5,8\%$), которые отметили бедственное материальное положение, т.е. голодающие, носили чрезвычайно старую и ветхую одежду. Низкий уровень жизни был отмечен у 25 чел. ($31,3\% \pm 10,2\%$), которые указывали, что с трудом сводят «концы с концами», материальных средств хватает только на пропитание, другие расходы не доступны. Средний уровень жизни и достаток материальных средств на удовлетворительное питание отметили – 42 чел. ($52,5\% \pm 10,9\%$). Достаточно высокий уровень жизни и наличие средств на разнообразное полноценное питание, приобретение хорошей одежды, отдых был у 2 пациентов ($2,5\%$) (при доверительном интервале $1 \leq 8,8\%$) и высокий материальный достаток выявлен лишь у 5 пациентов ($6,3\%$) (при доверительном интервале $2,6 \leq 14,2\%$).

Семейная дезадаптация была выявлена у большинства обследованных лиц: имели семью лишь 14 человек ($17,5\% \pm 8,3\%$), незарегистрированный брак отмечали 5 человек ($6,3\%$) (при доверительном интервале $2,6 \leq 14,2\%$), остальные были холосты или не замужними, разведены, вдовы.

Следовательно, можно сделать вывод о том, что среди пациентов острых отделений ГУЦПЗ г. Семея преобладали лица молодого и зрелого возраста, казахи, городские жители, преимущественно с эндогенными психическими расстройствами. Отсутствие у большинства пациентов наследственной отягощённости позволяет предположить наличие психосоциальных факторов риска развития или обострения заболевания. Большинство пациентов были социально дезадаптированы, имели группу инвалидности по психическому заболеванию, что говорит о низкой эффективности или об отсутствии реабилитационных мероприятий, либо о низкой активности

мер первичной и вторичной профилактики. Проявления социальной дезадаптации могут помочь в выборе содержания реабилитационных и профилактических мер.

Неблагополучный семейный и профессиональный статус, низкий уровень жизни пациентов позволяет предположить их неблагоприятную роль в комплексе биopsихосоциальных причин возникновения психических расстройств и в ухудшении здоровья населения вообще. Последние факторы, несомненно, имеют связь с нестабильной ситуацией в экономике, здравоохранении, социально-политической сфере в целом.

Результаты проведенного анализа нуждаются в дополнении сведениями об удовлетворенности пациентов уровнем жизни, анализом обеспеченности населения реабилитационно-профилактическими и социальными мероприятиями, психиатрическими и психотерапевтическими кадрами. Так же выявленные социально-клинические параметры пациентов Семипалатинского региона необходимо сравнить с другими регионами. Полученные данные в дальнейшем могут быть использованы для улучшения качества жизни и совершенствования психиатрической службы, как в отдельных регионах, так и в республике в целом.

Использованная литература:

1. Доклад на I Национальном конгрессе «Психическое здоровье и безопасность в обществе» //ВОЗ, 2005.
2. Виноградова Л.Н. 10 октября – Всемирный день психического здоровья. //Независимый психиатрический журнал. – М., 1999. - №3.- С.89.
3. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения. // Социальная и клиническая психиатрия. – М., 2005. – С.94-102.
4. Meninger K. *The human mind*.- New York, 1946.
5. Parsons T. *Definition von Gesundheit und Krankheit im Zichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas*. In A. Mitscherlich, T. Brocher; O. Von Mering //Der Kranke in der modernen Gesellschaft. – Köln, 1967. – S. 57-87.
6. Белов В.Б., Шмаков А.В. Реабилитация больных как целостная система //Вестник АМН СССР, 1977.- № 4. – С. 60-67.
7. Rogers C.R. *Client-centered therapies*. –Boston: Houghton Mifflin, 1951.
8. Bastine R. *Klinische Psychologie*, 1984 (Bd.1). – Stuttgart: Kohehammer, 445 s.
9. Александровский Ю.А. К вопросу о патогенезе психической травмы //Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 1996. - №2.- С. 14-15.
10. Лищук В.А., Мосткова Е.В. Основы здоровья (обзор). – М., 1994. -134c.
11. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Шашкова Н.Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных //Соц. и клин. психиатрия. – 1994. – №4. – С.38-45.
12. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Социальная психиатрия //Психиатрия: Справочник практического врача /Под ред. А.Г. Гофмана. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – С.516-547.
13. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? // Current Opinion in Psychiatry, 1977. - N10. –Р. 337-345.
14. Санториус Н. Улучшение качества жизни как слагаемого общественного здоровья // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2000. - № 1.- С. 4-8.

АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ СЕМИПАЛАТИНСКОГО РЕГИОНА В РАМКАХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Б.М. Исакакова

В работе проанализированы данные о 50 больных с депрессивными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в государственном учреждении «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семей (Семипалатинск) в августе 2007 г. Представлены их социально-демографические и клинические характеристики, проведен анализ суициdalной активности в сравнительном этническом аспекте.

В анамнезе и при настоящем обследовании у пациентов с депрессивными расстройствами отмечались аутоагgressивные тенденции. Выявлены некоторые этнические особенности мотивации суицидального поведения.

Мотивация аутоагgressивных тенденций на фоне депрессии у лиц казахов по национальности формировались преимущественно по продуктивно-психопатологическим механизмам (бредовая мотива-

ция, галлюцинаторные императивы и др.), а у лиц славянских национальностей - по личностно-психологическим («потеря значимого», «самонаказание», «протест» и др.) с относительно более высокой суициdalной активностью в плане реализации суициdalных намерений

Таким образом, проведенный анализ показал, что в экологически неблагополучном Семипалатинском регионе по статистическим данным отмечается рост заболеваемости депрессиями невротического уровня. Это свидетельствует о лабильности адаптационных личностных механизмов, повышенной чувствительности к стрессам в населении данного региона. Установлено, что лица с невротичес-

кими формами депрессивных расстройств не получают соответствующей стационарной помощи. Фактически стационарное лечение проводится, в основном, больным с эндогенными депрессивными расстройствами, встречающимися в клинике шизофрении и других расстройств шизофренического спектра, что не соответствует приоритетным реальным потребностям. Для оказания квалифицированной помощи лицам с депрессивными расстройствами невротического уровня необходимо проведение ряда организационных мероприятий по открытию в данном регионе службы психического здоровья психотерапевтических и психосоматических отделений на базе действующих психиатрических учреждений.

Список использованной литературы:

1. Положий Б.С., Гладышев М.В. *Основные тенденции динамики частоты суицидов в России (аналитический обзор)*. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2007.
2. Макаров М.А., Киселева Л.М., Макаров В.М., Шаршов А.П. *Экстремальные раздражители внешней среды и стрессовые реакции организма*. // *Актуальные вопросы психиатрии. Сборник научных трудов к 100-летию Семипалатинского областного центра психического здоровья*. - Семипалатинск, 1996.
3. Панченко Е.А. *Особенности суициdalного поведения в современном обществе*. // *Научные материалы Второго национального конгресса по социальной психиатрии «Социальные преобразования и психическое здоровье»*. – М., 2006.
4. Переход А.Я. *Психиатрическая этика самоубийств и эфтаназии*. // *Научные материалы Второго национального конгресса по социальной психиатрии «Социальные преобразования и психическое здоровье»*. – М., 2006.
5. Kelleher M.J., Daly M., Kelleher M.J.A. *The influence of antidepressants in overdose on the increased suicide rate in Ireland between 1971 and 1988*. // *Brit. J. Psychiat.* – 1992. – Vol. 161.
6. Гальцев Е.В. *Критерии серьезности суициdalной попытки в плане прогнозирования суициdalного риска*. // *XIV Съезд психиатров России. 15-18 ноября 2005г. (Материалы съезда)*. – М., 2005.

ИЗУЧЕНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ СЕМИПАЛАТИНСКОМ РЕГИОНЕ

Б.М. Исакова

Ежегодно во всех странах регистрируется около 200 млн. новых случаев депрессии. Эту цифру можно смело увеличить в несколько раз, учитывая, что депрессия выявляется лишь в 50% случаев, и большинство таких больных не спешит обращаться к психотерапевту. Между тем люди с этим заболеванием нуждаются в соответствующей медицинской помощи. Специалисты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) рассчитали, что к 2020 г. депрессии станут ведущими причинами инвалидизации наряду с ишемической болезнью сердца и онкологическими заболеваниями.

Депрессия значительно снижает качество жизни, может привести к снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, распаду семьи. Депрессия, как ни одно другое психическое

заболевание, сопряжена с высоким риском самоубийства, 15% лиц, страдающих депрессией, заканчивают жизнь самоубийством. Причем основная доля суицидов приходится на самый продуктивный возраст - от 15 до 34 лет [1, 2].

Классическая депрессивная триада включает в себя подавленное настроение (гипотимию), интеллектуальную и моторную заторможенность. Как глубина, так и конкретные психопатологические особенности подавленного настроения могут колебаться в весьма широких пределах. Если в одних случаях имеет место печаль, адекватная реально происходящим неприятным для человека событиям, то в других случаях речь идет о мучительной, гнетущей, бессмыслицей тоске, которую внешние события, независимо от их подлинной значимости для больного,

не могут ни умолять, ни углубить. У многих больных отмечается ангедония - неспособность испытывать удовольствие, радость. Некоторые больные жалуются на тяжело переживаемую ими утрату чувств (в том числе к самым близким людям) - болезненная психическая анестезия или «чувство беспечности». При так называемой витальной тоске подавленное настроение приобретает оттенок тягостного физического ощущения, и даже боли, локализуемых обычно в эпигастральной области («камень как бы давит за грудиной», «душа болит»). Далеко не всегда депрессивный больной четко и откровенно рассказывает о своем настроении, такой больной говорит не о тоске, а о «скуче», «усталости» [3].

Среди врачей устоялось мнение, что депрессия – это реакция на внешние стрессовые события, например, тяжелый развод или смерть близкого человека (реактивная депрессия), однако она может воз-

никнуть и в результате нарушения обмена веществ в клетках мозга, вследствие различных причин, в том числе и экологических.

Раннее проведенными исследованиями по изучению распространенности психических расстройств в Республике Казахстан (РК) [4] было установлено, что структура психической патологии в экологически неблагополучном Семипалатинском регионе (бывший полигон ядерных испытаний) имеет свои особенности, которые требуют дальнейшего изучения.

В рамках настоящего исследования проведен анализ динамики структуры заболеваемости психической патологией в населении Восточно-Казахстанской области (ВКО), к которой относится экологически неблагополучный Семипалатинский регион. Динамика показателей государственной и ведомственной статистической отчетности за 2002-2006 гг. представлена на рисунке 1.

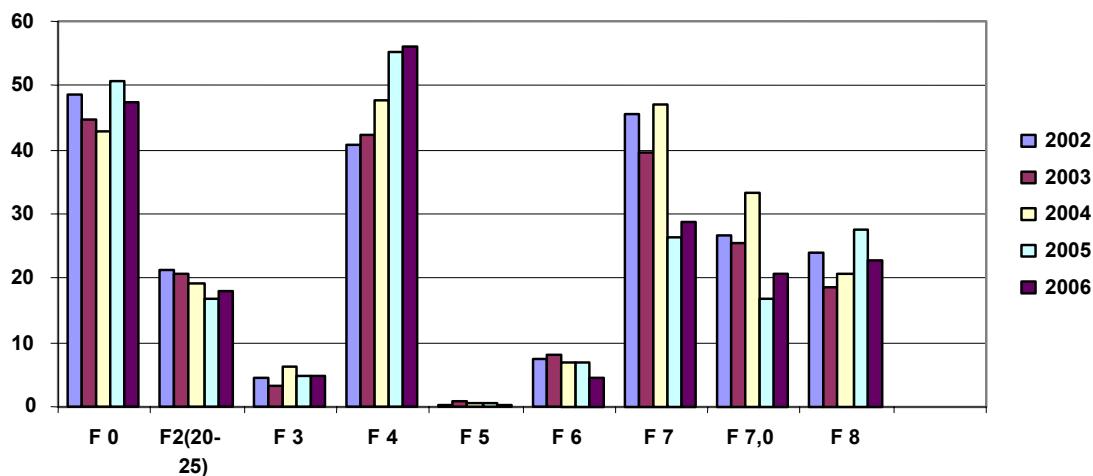


Рисунок 1. Динамика заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами за 2002-2006 гг. по ВКО

Полученные данные свидетельствуют о том, что наиболее высокие показатели заболеваемости в данном регионе прослеживаются по рубрике МКБ-10 F4 - невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, в клиническую структуру которых, как правило, входят симптомы депрессии.

Следует отметить, что показатели заболеваемости данной формой психической патологии в населении Семипалатинского региона (ВКО) самые высокие по Республике и имеют тенденцию к дальнейшему росту, что может свидетельствовать о снижении уровня стрессоустойчивости у жителей данного региона, склонности к депрессивным и тревожным формам реагирования на психотравмирующие факторы (рисунок 2).

Следует учесть, что данные государственной и ведомственной статистической отчетности не дают полного представления о заболеваемости и распространенности депрессивных расстройств, так как

депрессии могут встречаться в структуре психических расстройств любой этиологии и соответственно могут быть квалифицированы и включены практически во все рубрики МКБ-10.

По полученным данным (см. рисунок 1) собственно аффективные расстройства, включающие депрессии (рубрика F3 по МКБ-10) в структуре заболеваемости психическими расстройствами в населении ВКО занимают незначительное место, что может свидетельствовать о их низкой выявляемости. Учитывая отсутствие достоверных статистических данных о распространенности депрессивных расстройств, проведено их целенаправленно исследование в ВКО.

Было обследовано 50 больных с различными формами депрессивных расстройств, находившихся на стационарном лечении в городском центре психического здоровья (ГЦПЗ) города Семипалатинска в августе 2007 г. Полученные данные были проанализированы в сравнительном аспекте с учетом этнических особенностей пациентов.

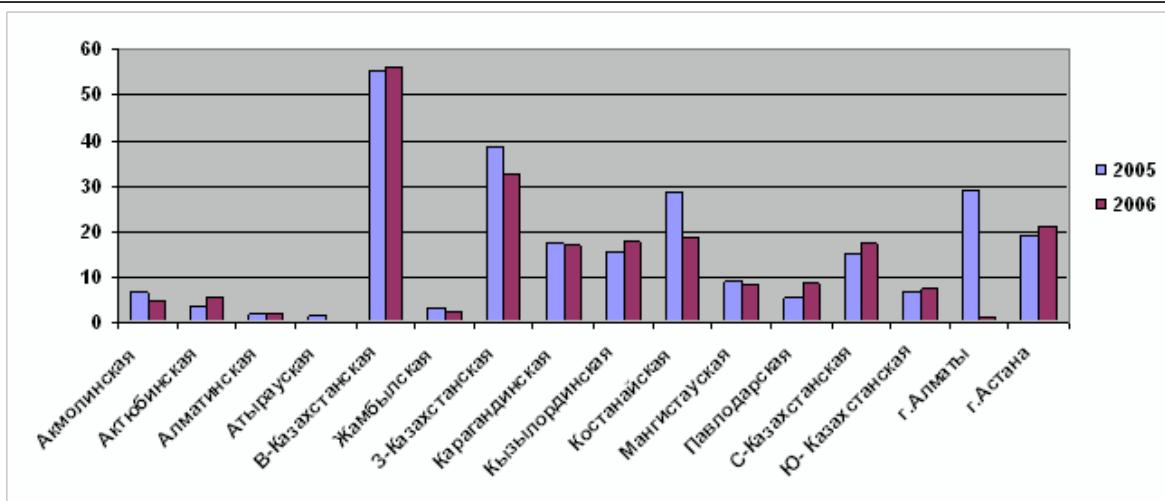


Рисунок 2. Динамика заболеваемости невротическими расстройствами, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами за 2005-2006 гг. в отдельных регионах РК

Среди пациентов с депрессивными расстройствами, госпитализированных в региональный психиатрический стационар ВКО, преобладали жители города, с относительным преимуществом городского населения в славянской популяции (рисунок 3).

Большинство обследованных лиц - это женщины (63%) с явным преобладанием лиц коренной национальности (казашки). Для казахов преимущественный возраст составил 40-49 лет (42%), а у славянских национальностей - более молодой возраст 18-39 лет (33%), что показано на рисунках 4, 5.

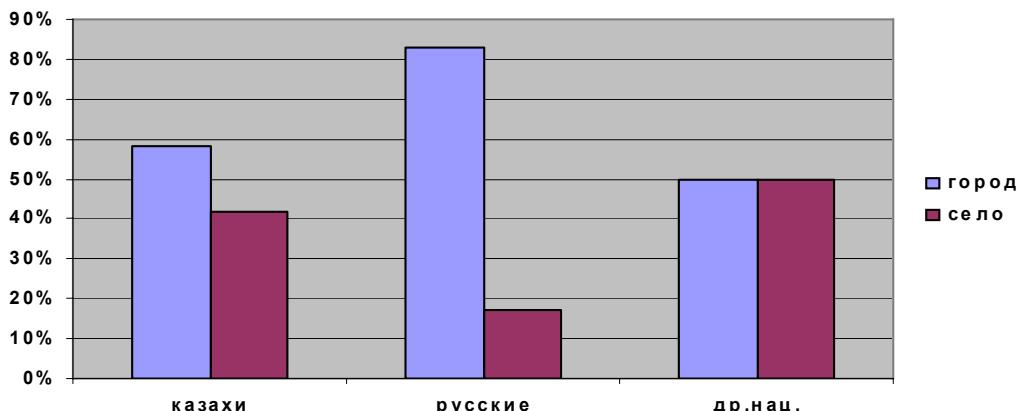


Рисунок 3. Распределение обследованных лиц по месту жительства в отдельных этнических группах

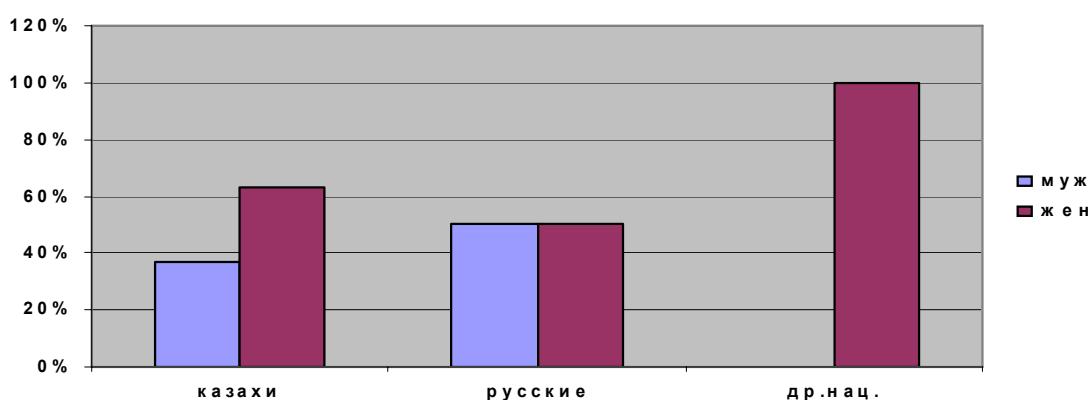


Рисунок 4. Распределение обследованных лиц по полу в отдельных этнических группах

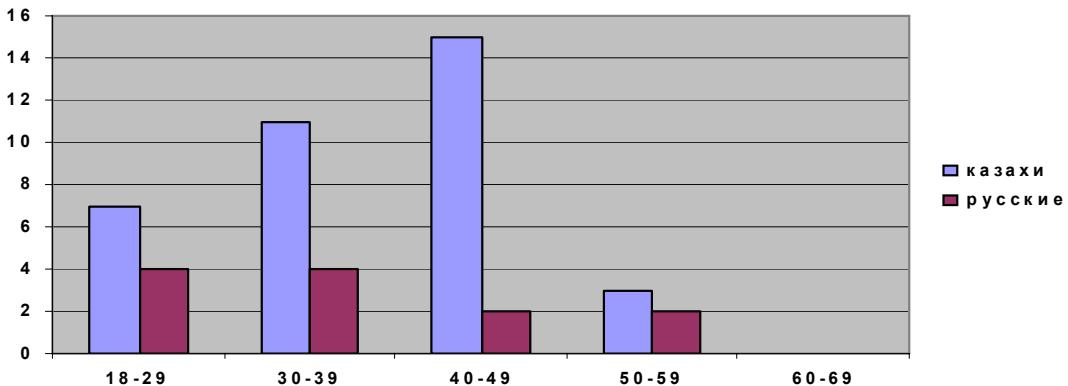


Рисунок 5. Распределение обследованных лиц по возрасту в отдельных этнических группах

По клиническим признакам у обследованных лиц преобладали депрессии, входящие в структуру шизофрении и других расстройств шизофренического спектра (F2) - 84%, причем в равном соотношении, как у казахов, так и у славян. Следует отметить, что у лиц коренной национальности депрессивные рас-

стройства также встречались в структуре органических психических расстройств (F0) - 14% и собственно аффективных расстройств (F3) - 3%, и у лиц славянских национальностей - в структуре зависимости от ПАВ (F1) - 8% и умственной отсталости (F7) - 8%, что показано на рисунке 6.

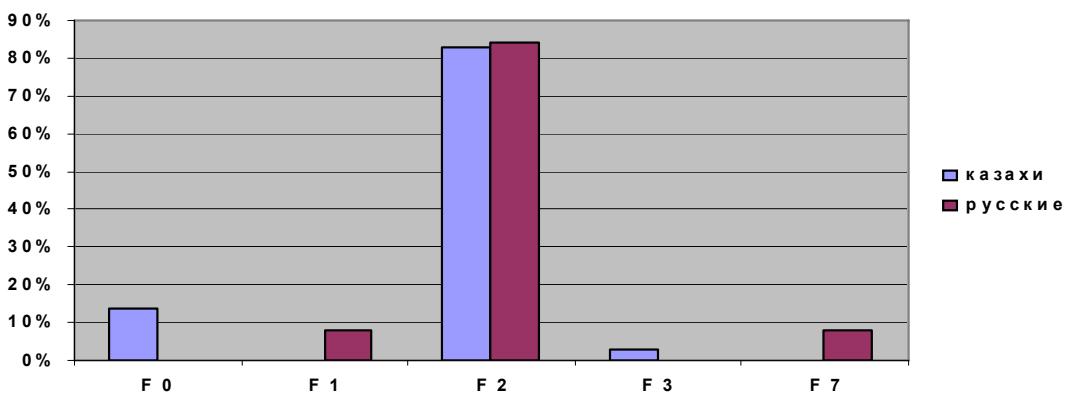


Рисунок 6. Этнические особенности клинической структуры депрессивных расстройств

В анамнезе и при настоящем обследовании у пациентов с депрессивными расстройствами отмечались аутоаггрессивные тенденции. Выявлены некоторые этнические особенности мотивации суициального поведения.

Мотивация аутоаггрессивных тенденций на фоне депрессии у казахов формировалась преимущественно

по продуктивно-психопатологическим механизмам (бредовая мотивация, галлюцинаторные императивы и др.), а славян по личностно-психологическим («потеря значимого», «самонаказание», «протест» и др.) с относительно более высокой суициальной активностью в плане реализации суициальных намерений (рисунки 7, 8).

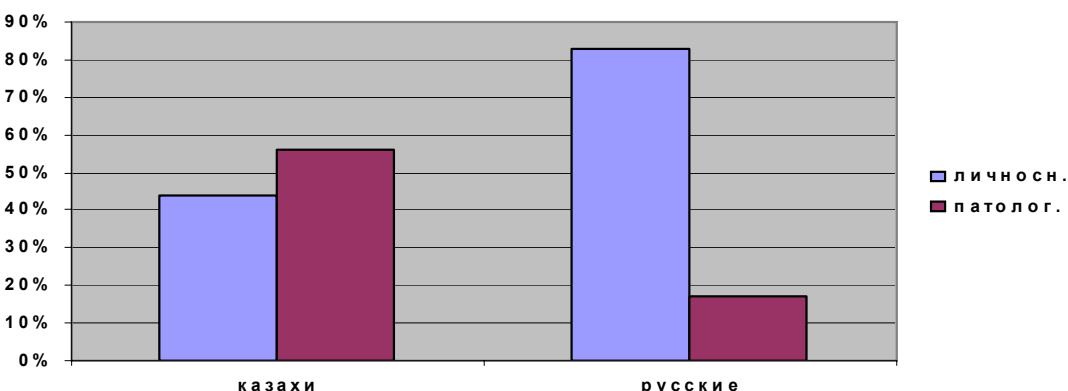


Рисунок 7. Мотивация аутоаггрессивных тенденций у лиц с депрессивными расстройствами в отдельных этнических группах

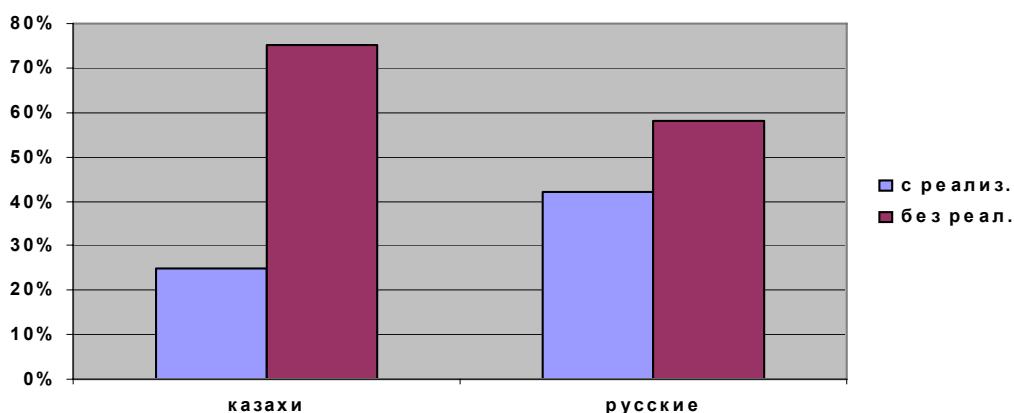


Рисунок 8. Суицидальная активность лиц с депрессивными расстройствами в отдельных этнических группах

Таким образом, проведенный анализ показал, что в экологически неблагополучном Семипалатинском регионе по статистическим данным отмечается рост заболеваемости депрессиями невротического уровня. Это свидетельствует о лабильности адаптационных личностных механизмов, повышенной чувствительности к стрессам в населении данного региона. Установлено, что лица с невротическими формами депрессивных расстройств не получают соответствующей стационарной помощи. Фактически стационарное лечение проводится в основном больным с

эндогенными депрессивными расстройствами, встречающимися в клинике шизофрении и других расстройств шизофренического спектра, что не соответствует приоритетным реальным потребностям. Для оказания квалифицированной помощи лицам с депрессивными расстройствами невротического уровня необходимо проведение ряда организационных мероприятий по открытию в данном регионе службы психического здоровья психотерапевтических и психосоматических отделений на базе действующих психиатрических учреждений.

Список использованной литературы:

1. Анискин Д.Б. Социально-психиатрические аспекты проблемы самоубийств в России // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. – М., 1996.
2. Остроглазов В.Г. Психопатологическое исследование суицидентов // Российское общество психиатров. XIII съезд психиатров России. 10-13 октября 2000 г. (материалы съезда). – М., 2000.
3. Кудьярова Г.М., Зальцман Г.И. Психиатрия для семейных врачей. - Алматы. «Медицина», 2000.
4. Кудьярова Г.М. Основные закономерности распространенности психических расстройств в Республике Казахстан (клинико-эпидемиологическое исследование) // Дисс.. докт. мед. наук. - М., 2000, - 389 с.

МОНИТОРИНГ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПАЦИЕНТОВ СЕМИПАЛАТИНСКОГО РЕГИОНА

Б.М. Исакова

Обследованы 80 пациентов Государственного учреждения «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семея, находившиеся на стационарном лечении в мужских и женских острый отделениях в июне 2008 года. Из них мужчин - 40 человек (50%), женщин - 40 человек (50%).

Данные обследования 80 пациентов Семипалатинского региона с психическими и поведенческими расстройствами показали преобладание пациентов молодого и среднего возраста – 18-49 лет (82,6%).

Анализ национального состава обследуемых лиц выявил преобладание казахов – 48 человек ($60\% \pm 10,7\%$) в сравнении с другими национальностями.

По региону проживания пациенты распределились неравномерно – преобладание городских жителей (51 чел. или $63,7\% \pm 10,5\%$) над сельскими - 29 человек или $36,3\% \pm 10,5\%$.

Большинство пациентов (58 чел. или $72,5\% \pm 9,8\%$) находились на лечении с диагнозом: *Шизофрения (F 20)*, в меньшей степени были представлены *расстройства личности и поведения вследствие по-*

вреждения и дисфункции головного мозга (*F07*) и умственной отсталости (*F70*) - по 7 чел. ($8,8\% \pm 6,2\%$).

Причём, наследственная отягощённость по шизофрении выявлена лишь у 7 чел. ($8,8\% \pm 6,2\%$), лиц, имеющих наследственную отягощенность без дополнительных указаний, было 28 ($35\% \pm 10,5\%$). Неотягощённая наследственность была выявлена у половины пациентов – у 40 чел. ($50\% \pm 11\%$). Этот факт представляет интерес в плане того, что при преобладании среди пациентов эндогенных заболеваний, наследственный фактор не отмечался в 50% случаев, что позволяет предположить наличие дополнительных психосоциальных факторов (кроме биологических) в возникновении или обострении заболевания.

Социально дезадаптированы были 55 чел. (68,8%) и имели группу инвалидности, причём 52 человека (65%) имели инвалидность по психическому заболеванию. Основная часть - 42 чел. ($51,2\% \pm 11\%$) имели II группу инвалидности.

Анализ проявлений социальной дезадаптации выявил преимущественно утрату прежних интересов, безучастность, безынициативность и дезадаптацию в виде агрессивности и конфликтности.

Анализ сферы профессиональной деятельности показал, что большинство обследованных не имели профессии - 58 человек ($71,3\% \pm 9,9\%$). Остальные имели профессиональные навыки в сельском хозяйстве, в сфере образования и торговли, единичные случаи пришлись на профессии в сфере промышленности, бизнеса и здравоохранения. Интересен тот факт, что среди обследованных лиц представителей из сферы армии, науки и культуры не встречались.

При анализе социального положения пациентов выявлено, что нет лиц, занимающих руководящие должности, и служащих. В основном пациенты оказались инвалидами по психическому заболеванию и лицами, не имеющими определенных занятий.

Уровень жизни пациентов был крайне низким у 6 пациентов ($7,5\% \pm 5,8\%$), которые отметили бедственное материальное положение, т.е. голодание, ношение чрезвычайно старых и ветхих вещей. Низкий уровень жизни был отмечен у 25 чел. ($31,3\% \pm 10,2\%$), которые указывали, что с трудом сводят «концы с концами», материальных средств хватает только на пропитание, другие расходы не доступны. Средний уровень жизни и достаток материальных средств на удовлетворительное питание отметили – 42 чел. ($52,5\% \pm 10,9\%$). Достаточно высокий уро-

вень жизни и наличие средств на разнообразное полноценное питание, приобретение хорошей одежды, отдыха был у 2 пациентов (2,5%) (при доверительном интервале $1 < 8,8\%$) и высокий материальный достаток выявлен лишь у 5 пациентов (6,3%) (при доверительном интервале $2,6 < 14,2\%$).

Семейная дезадаптация была выявлена у большинства обследованных лиц: имели семью лишь 14 человек ($17,5\% \pm 8,3\%$), незарегистрированный брак отмечали 5 человек (6,3%) (при доверительном интервале $2,6 < 14,2\%$), остальные были холосты или не замужем, разведены, вдовы.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что среди пациентов острых отделений ГУЦПЗ г. Семей преобладали лица молодого и зрелого возраста, казахи, городские жители, преимущественно с эндогенными психическими расстройствами. Отсутствие у большинства пациентов наследственной отягощённости позволяет предположить наличие психосоциальных факторов риска развития или обострения заболевания. Большинство пациентов были социально дезадаптированы, имели группу инвалидности по психическому заболеванию, что говорит о низкой эффективности или об отсутствии реабилитационных мероприятий, либо о низкой активности мер первичной и вторичной профилактики. Проявления социальной дезадаптации могут помочь в выборе содержания реабилитационных и профилактических мер.

Неблагополучный семейный и профессиональный статус, низкий уровень жизни пациентов позволяет предположить их неблагоприятную роль в комплексе биопсихосоциальных причин возникновения психических расстройств и в ухудшении здоровья населения вообще. Последние факторы, несомненно, имеют связь с нестабильной ситуацией в экономике, здравоохранении, социально-политической сфере в целом.

Результаты проведенного анализа нуждаются в дополнении сведениями об удовлетворенности пациентов уровнем жизни, анализом обеспеченности населения реабилитационно-профилактическими и социальными мероприятиями, психиатрическими и психотерапевтическими кадрами. Так же выявленные социально-клинические параметры пациентов семиплатинского региона необходимо сравнить с другими регионами. Полученные данные в дальнейшем могут быть использованы для улучшения качества жизни и совершенствования психиатрической службы, как в отдельных регионах, так и в республике в целом.

Список использованной литературы:

1. Амбрумова А.Г., Старшенбаум Г.В. *О состоянии суицидологической службы в России // Материалы 12-го съезда психиатров России.* - М., 1995.
2. Ротштейн В.Г. *Перспектива эпидемиологических исследований в психиатрии. // Материалы 12-го съезда психиатров России.* - М., 1995.
3. Пономарев Г.Н., Софоньева Н.М., Косенко В.Г. *Влияние неблагополучных социально-экономических и средовых факторов на психическое здоровье населения. // Социальная и судебная психиатрия: история и современность.* - М.: РИО ГНЦС и СП им. В.П. Сербского, 1996.
4. Кудьярова Г.М. *Основные закономерности распространности психических расстройств в Республике Казахстан (клинико-эпидемиологическое исследование) // Дисс... д-ра. мед. наук. – М., 2000.*
5. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. *Социальная психиатрия: современные представления и перспективы развития // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* – СПб., 1994. - №2.
6. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. *Психическое здоровье населения в условиях реформирующегося общества. // Экология человека. – 2001.*
7. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. *История, предмет, задачи и методы социальной психиатрии: Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой.* – М.: Медицина, 2001.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (СЕМИПАЛАТИНСКИЙ И АРАЛЬСКИЙ РЕГИОНЫ)

Б.М. Исакова

Имеются целые группы новых болезней, непосредственно связанных с пороками техногенеза и промышленного производства. Существует гораздо больше патологических расстройств, происхождение которых не верифицировано, но прямо или косвенно определяется экологическими вредностями. При этом особенно на ранних этапах развития состояний дезадаптации и болезненных нарушений в силу их неспецифичности большое место занимают психопатологические проявления невротического уровня. Ряд авторов рассматривает эти нарушения в рамках так называемого эндемического стресса.

На протяжении более 40 лет испытаний на Семипалатинском ядерном полигоне проведено 459 взрывов атомного оружия, из них только 113 наземных и воздушных, что нанесло огромный вред всему живому, как на полигоне так и вокруг него. В современных условиях, характеризующихся нарастанием социальной напряженности, нестабильности, усиливается состояние дезадаптации в конкретной микросоциальной среде, что отражается на формировании физического и психического здоровья человека (Макаров М.А., 1995).

Экологическое состояние Аральского региона, обусловленное деятельностью человека, вызвавшей резкое понижение уровня моря и попадание в атмосферу региона огромных масс солей и пыли, беспокоит все прогрессивное человечество.

В целях изучения динамики заболеваемости и распространенности психических расстройств в экологически неблагополучных регионах Республики Казахстан (РК) проведен анализ государствен-

ной и ведомственной статистической отчетности за 2002-2006 гг.

Представленные на рисунке 1 данные свидетельствуют о том, что наиболее высокие показатели заболеваемости в Восточно-Казахстанской области (ВКО) прослеживаются по рубрике МКБ-10 F4 - невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

Следует отметить, что показатели заболеваемости данной формой психической патологии в населении Семипалатинского региона (ВКО) самые высокие по Республике и имеют тенденцию к дальнейшему росту, что может свидетельствовать о снижении уровня стрессоустойчивости у жителей данного региона, склонности к депрессивным и тревожным формам реагирования на психотравмирующие факторы (рисунок 2).

Иная структура заболеваемости психическими расстройствами наблюдается в Кызылординской области (Аральский регион), где в последние годы выявляется значительный рост заболеваемости органическими психическими расстройствами (F0), что показано на рисунке 3.

Проведенный анализ статистических данных о лицах, состоящих на учете психиатрических учреждениях в ВКО и Кызылординской области, показал, что в обоих сравниваемых регионах ведущей психической патологией является умственная отсталость, а собственно аффективные расстройства (F3) в структуре болезненности занимают незначительное место, что может свидетельствовать об их низкой выявляемости (рисунки 4, 5).

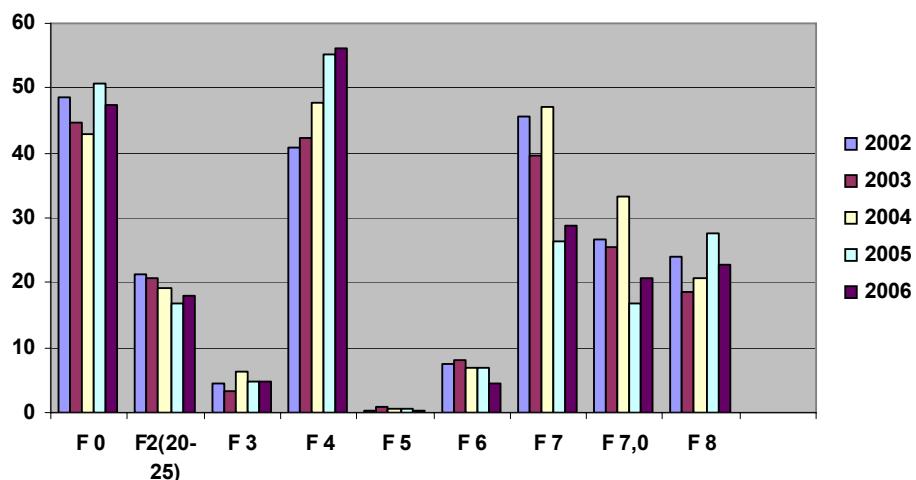


Рисунок 1. Динамика заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами за 2002-2006 гг. по ВКО

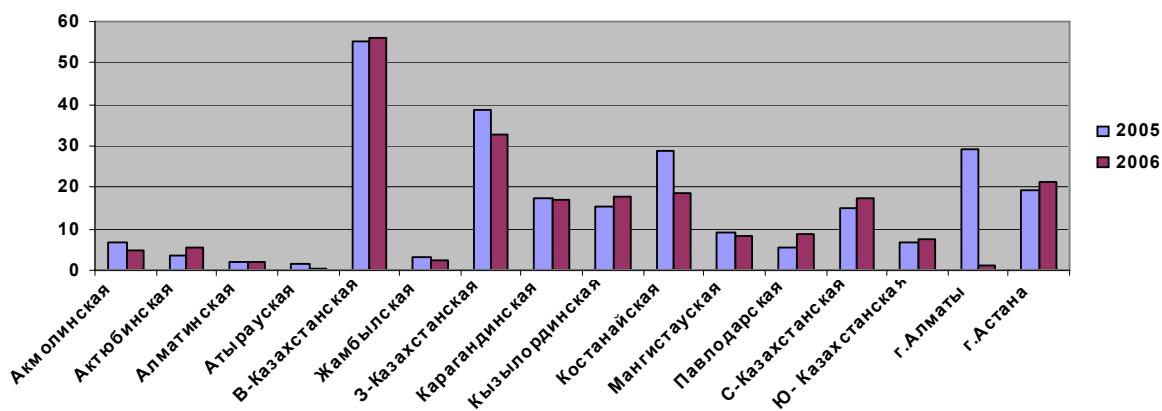


Рисунок 2. Динамика заболеваемости невротическими расстройствами, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами за 2005-2006 гг. в отдельных регионах РК

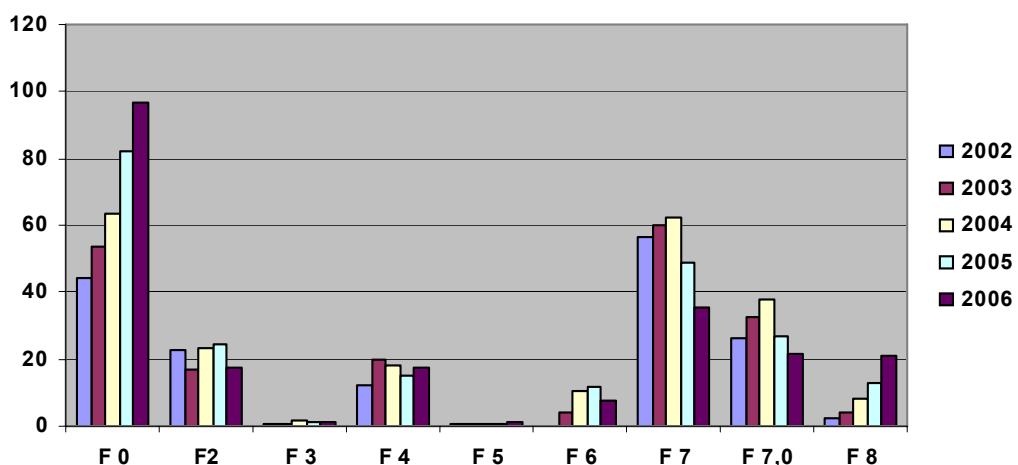


Рисунок 3. Динамика заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами за 2002-2006 гг. в Кызылординской области

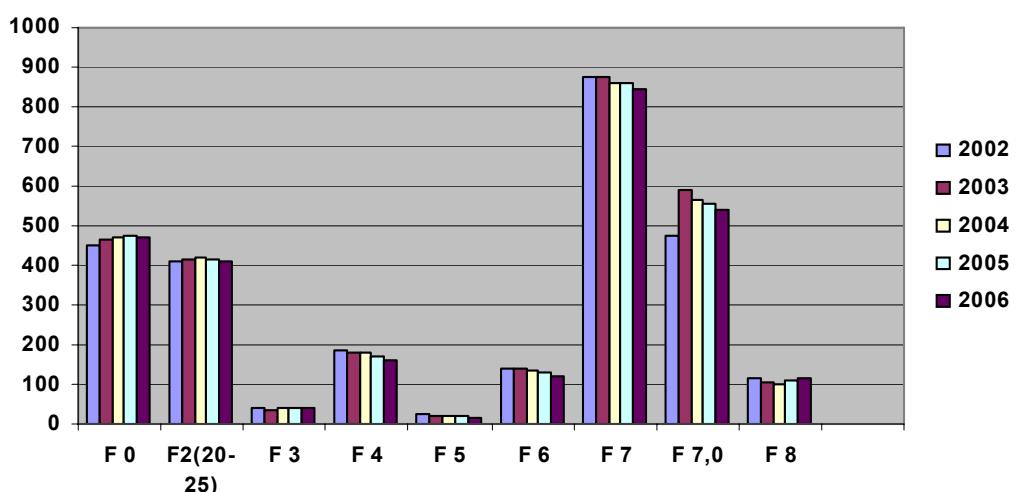


Рисунок 4. Динамика структуры распространенности психических и поведенческих расстройств на 100 тыс. населения по Восточно-Казахстанской области за 2002-2006 гг.

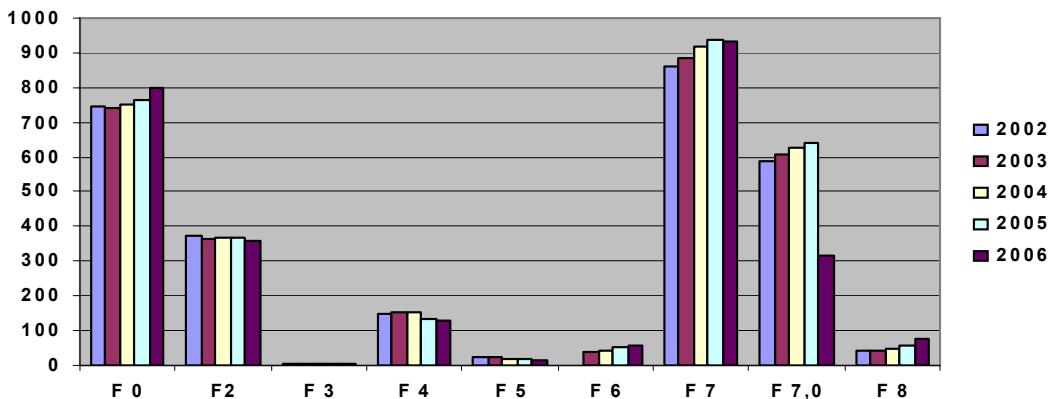


Рисунок 5. Динамика структуры распространенности психических и поведенческих расстройств по Кызылординской области за 2002-2006 гг.

Учитывая отсутствие объективных статистических данных о распространенности депрессивных расстройств в изучаемых регионах, было проведено целенаправленное исследование. Было обследовано по 50 больных с различными формами депрессивных расстройств, находившихся на стационарном лечении в психиатрических стационарах г. Семея (Семипалатинска) и г. Кызылорды в августе - сентябре 2007 г. Полученные данные были проанализированы в сравнительном аспекте с учетом этнических особенностей пациентов.

Анализ полученных в исследовании данных показал, что среди лиц, госпитализированных в психиатрический стационар с депрессивными расстройствами как в г. Семее (Семипалатинске), так и в г. Кызылорде преобладали женщины:

- г. Семей - 63%;
- г. Кызылорда - 54%.

Соотношение мужчин и женщин в отдельных этнических группах в сравниваемых регионах было различным:

- в Семипалатинском регионе (г. Семей) женщины составили большинство среди больных коренной национальности (казахи), а в славянской попу-

ляции мужчины и женщины были представлены в равных пропорциях;

- в Аральском регионе (г. Кызылорда) женщины были преимущественно славянского этноса, а среди казахов женщины и мужчины были представлены в приблизительно равных количествах.

Таким образом, можно сделать предположительный вывод о том, что развитию депрессивных расстройств в обоих исследуемых регионах преимущественно подвержены женщины, а среди мужского населения выявляются этнические различия: в Семипалатинском регионе депрессии чаще выявлялись у мужчин славян, а в Аральском регионе - у мужчин казахов (рисунки 6, 7).

Среди обследованных лиц в обоих сравниваемых регионах большинство составило городское население (рисунки 8, 9):

- a) в г. Семее (Семипалатинске):
 - среди казахов - 58%;
 - среди славян - 83%;
- b) в г. Кызылорде:
 - среди казахов - 57%;
 - среди славян - 100%.

Относительно сходным оказался и возрастной состав обследованных лиц с преобладанием лиц ко-

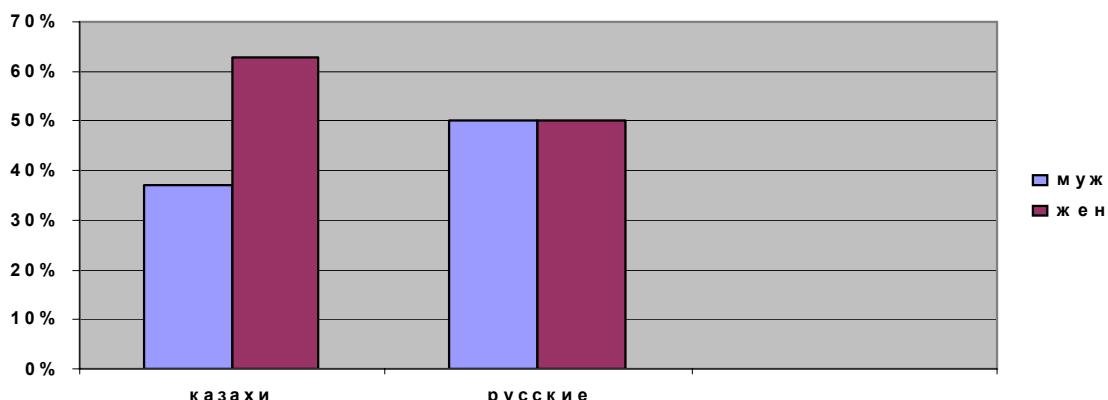


Рисунок 6. Распределение обследованных лиц по полу в отдельных этнических группах по г. Семею (Семипалатинску)

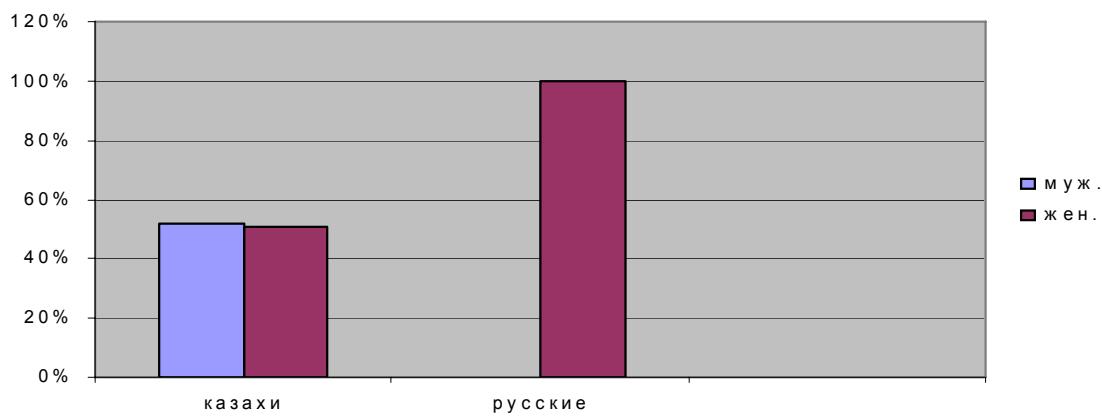


Рисунок 7. Распределение обследованных лиц по полу в отдельных этнических группах по г. Кызылорде

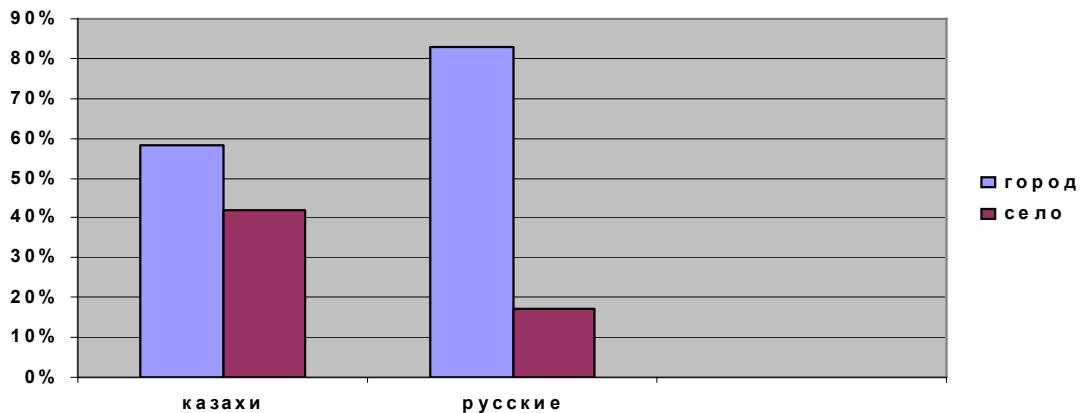


Рисунок 8. Распределение обследованных лиц по месту жительства в отдельных этнических группах по г. Семею (Семипалатинску)

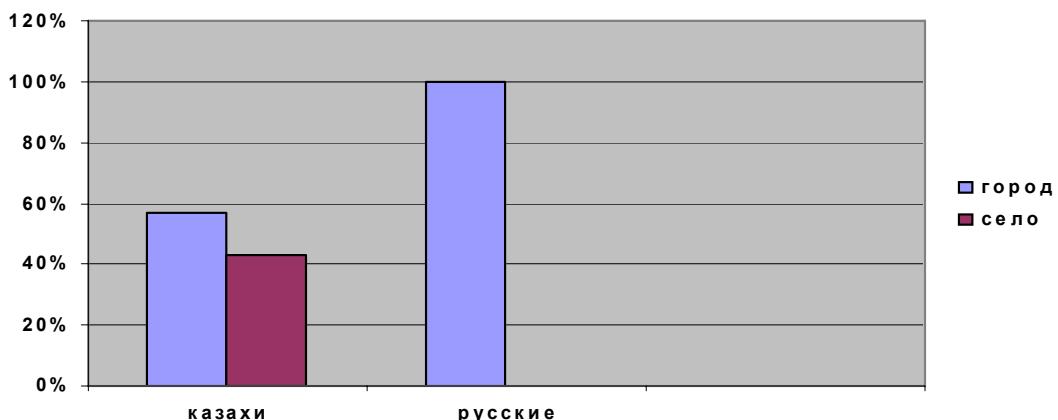


Рисунок 9. Распределение обследованных лиц по месту жительства в отдельных этнических группах по г. Кызылорде

ренной национальности в группах молодого и среднего возраста (до 49 лет) и последующим снижением их количества в старших возрастных группах. Как в г. Семее (Семипалатинске) - 42%, так и в г. Кызылорде - 39% максимум депрессий отмечался в возрасте 40-49 лет, что представлено в рисунках 10, 11.

Сходство групп обследованных в сравнильных регионах по половому и возрастному соста-

ву, а так же преобладающему месту жительства позволяет считать эти группы репрезентабельными выборками, то есть статистически сопоставимы.

Анализ клинической структуры депрессии в сравниваемых регионах позволил выявить некоторые этнические особенности клиники депрессии в сравниваемых регионах (рисунки 12, 13).

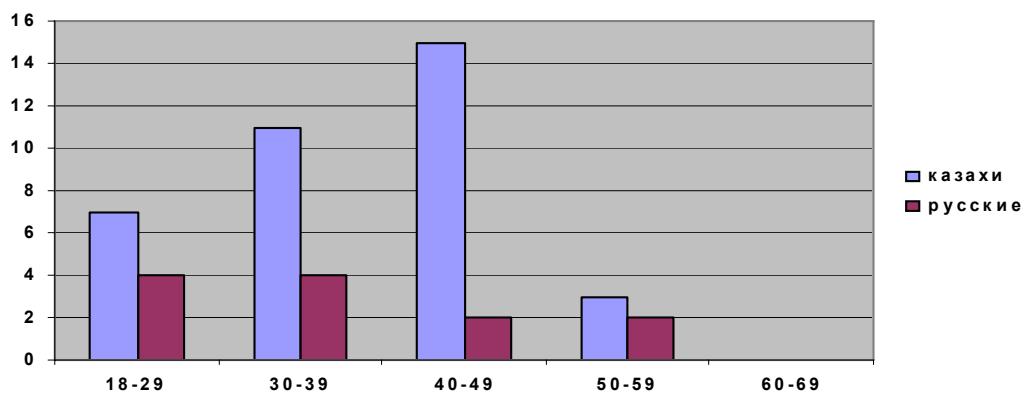


Рисунок 10. Распределение обследованных лиц по возрасту в отдельных этнических группах по г. Семею (Семипалатинску)

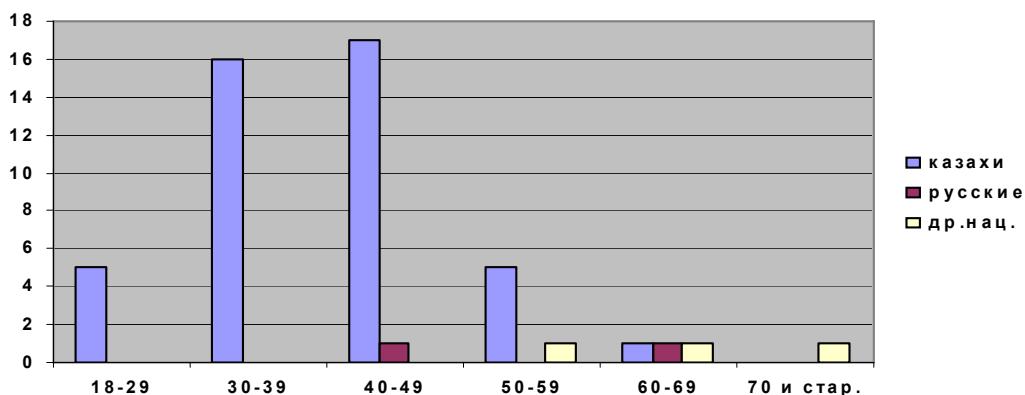


Рисунок 11. Распределение обследованных лиц по возрасту в отдельных этнических группах по г. Кызылорде

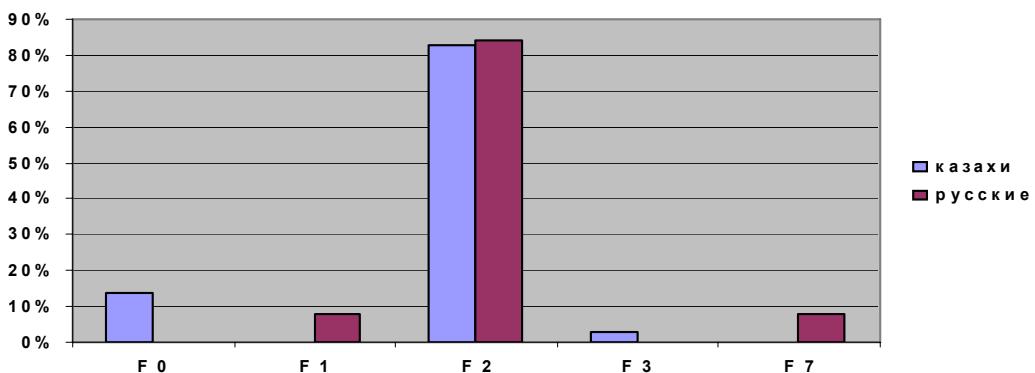


Рисунок 12. Распределение обследованных лиц по клинической структуре по г. Семею (Семипалатинску)

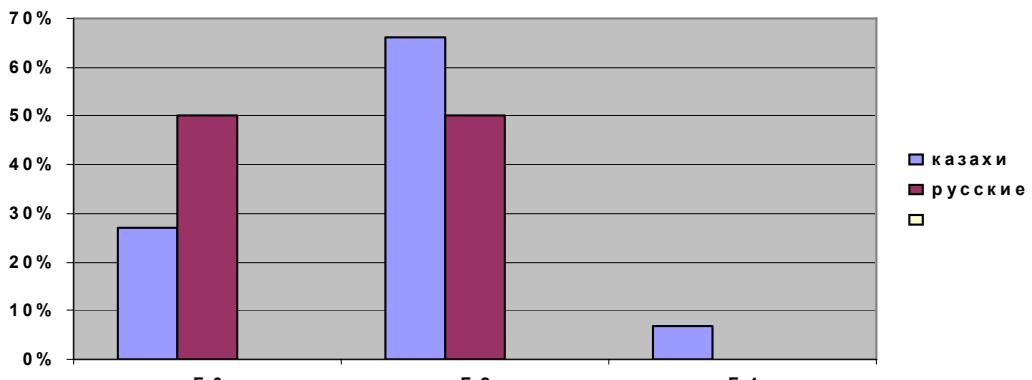


Рисунок 13. Распределение обследованных лиц по клинической структуре по г. Кызылорде

По клиническим признакам у обследованных лиц в обоих сравниваемых регионах преимущественно выявлялись депрессивные расстройства, входящие в структуру шизофрении и других расстройств шизофренического спектра – F2: в г. Семее (Семипалатинске) среди казахов - 83%, среди славян - 84%, в г. Кызылорде среди казахов - 66%, среди славян - 50%.

В г. Семее (Семипалатинске) - у казахов депрессивные расстройства так же встречались в структуре органических психических расстройств (F0 - 14%) и собственно аффективных расстройств (F3 - 3%), и у лиц славянского этноса – в структуре зависимости от ПАВ (F1 - 8%) и умственной отсталости (F7 - 8%).

В Кызылординской области выявлено относительное преобладание эндогенных депрессий в казахской популяции при относительном преимуществе депрессии органической природы у славян.

Ранее проведенными исследованиями по изучению распространенности психических расстройств в Республике Казахстан (Кудьярова Г.М., 2000) было установлено, что структура психической патологии в экологически неблагополучных Семипалатинском и Аральском регионах имеет свои особенности, которые требуют дальнейшего изучения.

Проведенный сравнительный анализ депрессивных расстройств у лиц, госпитализированных в психиатрические стационары экологически неблагополучных регионов, позволил выявить некоторые клинико-социальные особенности депрессивных расстройств у жителей Восточно-Казахстанской и Кызылординской областей:

- среди лиц, госпитализированных в психиатрический стационар с депрессивными расстройствами, как в г. Семее (Семипалатинске), так и в г. Кызылорде, преобладали женщины: г. Семей - 63%, г. Кызылорда - 54%, но соотношение мужчин и женщин в отдельных этнических группах в сравниваемых регионах было различным:

- в Семипалатинском регионе (г. Семей) женщины составили большинство среди больных коренной национальности (казахи), а в славянской популяции мужчины и женщины были представлены в равных пропорциях;

- в Аральском регионе (г. Кызылорда) женщины были преимущественно славянского этноса, а среди казахов женщины и мужчины были представлены в приблизительно равных количествах;

- в обоих сравниваемых регионах большинство составило городское население: в г. Семее (Семипалатинске) среди казахов - 58%, среди славян - 83%, в Кызылорде среди казахов - 57%, среди славян - 100%;

- возрастной состав обследованных отличался преобладанием лиц казахской национальности в

группах молодого и среднего возраста до 49 лет с последующим снижением их количества в старших возрастных группах. Как в г. Семее (Семипалатинске) (42%), так и в Кызылорде (39%) максимальная частота депрессий отмечалась в возрасте 40-49 лет;

- по клиническим признакам у обследованных лиц в обоих сравниваемых регионах преимущественно выявлялись депрессивные расстройства, входящие в структуру шизофрении и других расстройств шизофренического спектра – F2: в г. Семее (Семипалатинске): среди казахов - 83%, среди славян - 84%, в Кызылорде: среди казахов - 66%, среди славян - 50%;

- в г. Семее (Семипалатинске) у лиц казахов по национальности депрессивные расстройства так же встречались в структуре органических психических расстройств (F0 – 14%) и собственно аффективных расстройств (F3 - 3%), и у лиц славянского этноса – в структуре зависимости от ПАВ (F1 - 8%) и умственной отсталости (F7 - 8%);

- в Кызылординской области выявлено преобладание эндогенных депрессий в казахской популяции (66%) при относительно большем количестве депрессий органической природы у славян (50%);

- мотивация аутоагрессивных тенденций на фоне депрессии у лиц коренной национальности формировалась преимущественно по психопатологическим механизмам, а у лиц славянских национальностей – по личностно-психологическим механизмам с относительно более высокой суицидальной активностью в плане реализации суицидальных намерений.

Сравнительный анализ депрессивных расстройств у лиц, госпитализированных в психиатрические стационары экологически неблагополучных регионов (Семипалатинский, Аральский), показал следующее:

- в обоих сравниваемых регионах большинство составило городское население: в Семипалатинске среди казахов - 58%, среди славян - 83%, в Кызылорде среди казахов - 57%, среди славян - 100%;

- как в Семее (Семипалатинске) (42%), так и в Кызылорде (39%) максимальная частота депрессий отмечалась в возрасте 40-49 лет;

- в Кызылординской области выявлено преобладание эндогенных депрессий в казахской популяции (66%) при относительно большем количестве депрессий органической природы у славян (50%);

- мотивация аутоагрессивных тенденций на фоне депрессии у лиц коренной национальности формировалась преимущественно по психопатологическим механизмам, а у лиц славянских национальностей – по личностно-психологическим механизмам с относительно более высокой суицидальной активностью в плане реализации суицидальных намерений.

Использованная литература:

1. Тиганов А.С. *Отечественная классификация психических болезней // Руководство по психиатрии в 2-х томах / Под редакцией А.С. Тиганова.* – М.: Медицина, 1999.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). *Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике.* – СПб.: «Оверлайд», 1994.
3. Тиганов А.С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики // Депрессии и коморбидные расстройства. - М.: РАМН НЦПЗ, 1997. - С. 12–26.
4. Жислин С.Г. *Очерки клинической медицины.* - М.: Медицина, 1965. - 320 с.
5. Крыжсановский А.В. *Циклотимические депрессии.* - Киев, 1995. – 271 с.

СТРУКТУРА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ РЕГИОНАХ

Б.М. Исакова

В работе проанализированы данные о 100 больных с депрессивными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в государственном учреждении «Центр психического здоровья» (ГУЦПЗ) г. Семей (Семипалатинск) в августе 2007 года. Представлены их социально-демографические и клинические характеристики, проведен анализ суициdalной активности в сравнительном этническом аспекте.

Проведенный сравнительный анализ депрессивных расстройств у лиц, госпитализированных в психиатрические стационары экологически неблагополучных регионов, позволил выявить некоторые клинико-социальные особенности депрессивных расстройств у жителей Восточно-Казахстанской и Кызылординской областей:

- среди лиц, госпитализированных в психиатрический стационар с депрессивными расстройствами, как г. Семей (Семипалатинск), так и в г. Кызылорде, преобладали женщины: г. Семей (Семипалатинск) - 63%, г. Кызылорда - 54%, но соотношение мужчин и женщин в отдельных этнических группах в сравниваемых регионах было различным:

- среди лиц, госпитализированных в психиатрический стационар с депрессивными расстройствами, как в г. Семее (Семипалатинске), так и в г. Кызылорде, преобладали женщины: г. Семей - 63%, г. Кызылорда - 54%, но соотношение мужчин и женщин в отдельных этнических группах в сравниваемых регионах было различным;

- в Семипалатинском регионе (г. Семей) женщины составили большинство среди больных коренной национальности (казахи), а в славянской популяции мужчины и женщины были представлены в равных пропорциях;

- в Аральском регионе (г. Кызылорда) женщины были преимущественно славянского этноса, а среди казахов женщины и мужчины были представлены в приблизительно равных количествах;

- в обоих сравниваемых регионах большинство составило городское население: в г. Семее (Семипалатинске) среди казахов - 58%, среди славян - 83%, в Кызылорде среди казахов - 57%, среди славян - 100%;

- возрастной состав обследованных отличался преобладанием лиц казахской национальности в группах молодого и среднего возраста до 49 лет с последующим снижением их количества в старших возрастных группах. Как в г. Семее (Семипалатинске) (42%), так и в Кызылорде (39%) максимальная частота депрессий отмечалась в возрасте 40-49 лет;

Список использованной литературы:

1. Вовин Р.Я., Аксенова Л.И., Кюнэ Г.Е. *Проблема хронизации психозов и преодоление терапевтической резистентности (на модели депрессивных состояний)* // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. — М.: Медицина, 1989.
2. Вертоградова О.П. *Депрессия как общемедицинская проблема* // Медицина для всех. – 1997; 2:4.
3. Чуркин А.А., Михайлов В.И., Касимова Л.Н. *Психическое здоровье городского населения.* - Москва-Хабаровск, 2000.
4. Понизовский А.М. *Маскированная депрессия* // Фельдшер и акушерка. – М., 1988. – №12.
5. Ромасенко Л. В. *Депрессивные расстройства в общемедицинской практике* // Терапевтический архив – М., 2006. -Т.78, №10.

- по клиническим признакам у обследованных лиц в обоих сравниваемых регионах преимущественно выявлялись депрессивные расстройства, входящие в структуру шизофрении и других расстройств шизофренического спектра – F2: в г. Семее (Семипалатинске): среди казахов - 83%, среди славян - 84%, в Кызылорде: среди казахов - 66%, среди славян - 50%;

- в г. Семее (Семипалатинске) у лиц казахов по национальности депрессивные расстройства так же встречались в структуре органических психических расстройств (F0 – 14%) и собственно аффективных расстройств (F3 - 3%), и у лиц славянского этноса – в структуре зависимости от ПАВ (F1 - 8%) и умственной отсталости (F7 - 8%);

- в Кызылординской области выявлено преобладание эндогенных депрессий в казахской популяции (66%) при относительно большем количестве депрессий органической природы у славян (50%);

- мотивация аутоаггрессивных тенденций на фоне депрессии у лиц коренной национальности формировалась преимущественно по психопатологическим механизмам, а у лиц славянских национальностей – по личностно-психологическим механизмам с относительно более высокой суициdalной активностью в плане реализации суициdalных намерений.

Сравнительный анализ депрессивных расстройств у лиц, госпитализированных в психиатрические стационары экологически неблагополучных регионов (Семипалатинский, Аральский), показал следующее:

- в обоих сравниваемых регионах большинство составило городское население: в Семипалатинске среди казахов - 58%, среди славян - 83%, в Кызылорде среди казахов - 57%, среди славян - 100%;

- как в Семее (Семипалатинске) (42%), так и в Кызылорде (39%) максимальная частота депрессий отмечалась в возрасте 40-49 лет;

- в Кызылординской области выявлено преобладание эндогенных депрессий в казахской популяции (66%) при относительно большем количестве депрессий органической природы у славян (50%);

- мотивация аутоаггрессивных тенденций на фоне депрессии у лиц коренной национальности формировалась преимущественно по психопатологическим механизмам, а у лиц славянских национальностей – по личностно-психологическим механизмам с относительно более высокой суициdalной активностью в плане реализации суициdalных намерений.

РАБОТА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СЕВЕРО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И.Э. Ланда

г. Петропавловск, РК

Реализуя основные положения Указа Президента Республики Казахстан от 13.09.2004 года № 1438 «О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 г.г.», руководствуясь стратегией Министерства здравоохранения, Северо-Казахстанский психоневрологический диспансер взял за основу реальный перенос акцентов деятельности на мало затратный сектор амбулаторно-поликлинического звена.

В настоящее время структура психиатрической службы Северо-Казахстанской области представляет собой многоуровневую, разветвленную сеть амбулаторно-поликлинических и стационарных подразделений, отвечающих современным тенденциям и требованиям в организации специализированной психиатрической помощи населению. На рисунке 1 представлена схема структуры психиатрической службы Северо-Казахстанской области.

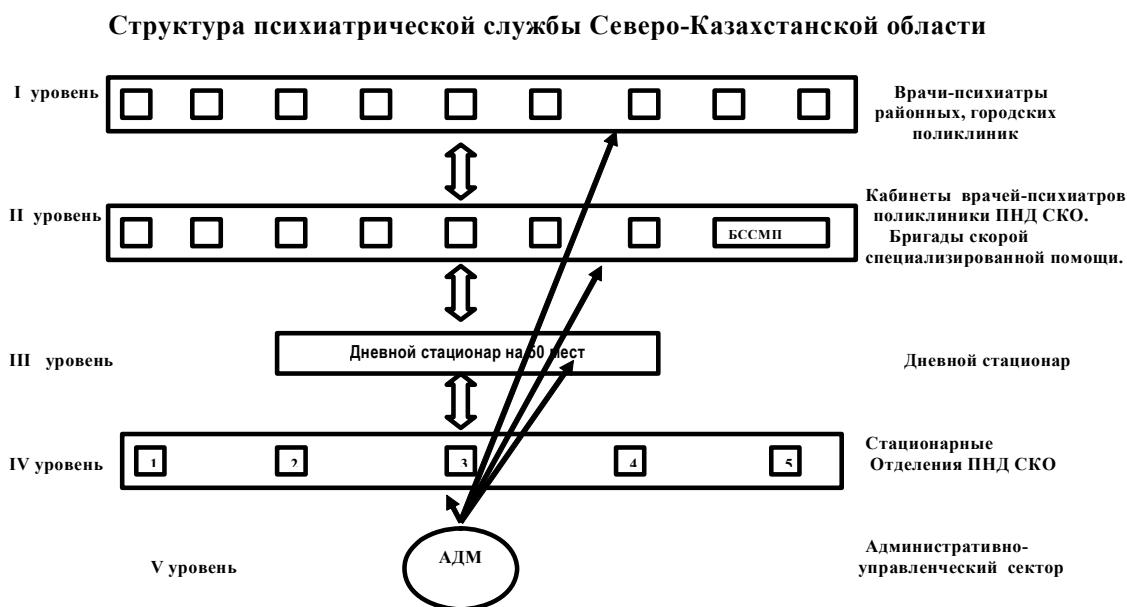


Рисунок 1. Схема структуры психиатрической службы Северо-Казахстанской области

Первый уровень представлен 13 кабинетами в районах области, 5 кабинетами во взрослых и детских поликлиниках города Петропавловска, где практика приема врачами-психиатрами существует с 1994 года.

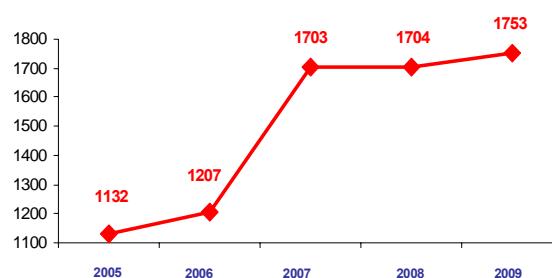
На втором уровне (поликлиники психоневрологического диспансера) осуществляются прием врачами-психиатрами, врачами-психотерапевтами, психологами взрослых, детей, подростков. При диспансере функционирует бригада специализированной скорой медицинской помощи.

Следующий этап представлен дневным стационаром на 50 мест. Стационарная помощь оказывается женским и мужским отделениями острых психозов, психосоматическим, психотуберкулезным и детским отделениями.

Одной из основных задач на начальном этапе реформирования было решение вопроса укомплектования должностей участковых врачей-психиатров наиболее квалифицированными кадрами. В результате активизации работы участковых служб, увели-

чилось количество посещений врачами-психиатрами на дому с 1132 в 2005 году до 1753 в 2009 году, или на 36% [5].

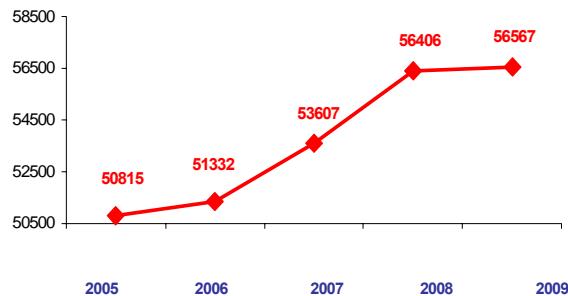
Количество посещений врачами-психиатрами больных на дому



С выделением средств на бесплатное лечение психически больных и приближением психиатрической помощи к населению области и города, увеличилось количество посещений к врачам-психиатрам

поликлиники диспансера с 50815 в 2005 году до 56567 в 2009 году [5].

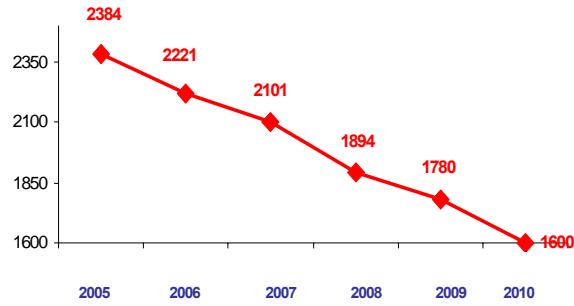
**Количество посещений к врачам-психиатрам
ПНД СКО**



Увеличилось число больных, получивших квалифицированную помощь в условиях дневного стационара, с 308 до 342 в 2008 году.

Рост количественных показателей работы внебольничного звена, свидетельствовал о возрастающих объемах, оказываемой помощи населению в амбулаторных условиях, что сразу же отразилось на количестве больных, нуждающихся в стационарном лечении.

**Количество больных госпитализированных
в стационаре**



Количество больных, госпитализированных в стационарные отделения, уменьшилось с 2384 в 2005 году до 1780 в 2009 году, что составляет около 30%.

Учитывая сложившуюся тенденцию во взаимоотношениях «поликлиника-стационар», возникла необходимость оценки экономической эффективности деятельности этих структур, а особенно стационара. В таблице 1 представлены показатели работы стационара.

Данные таблицы 1 показывают, что ежегодно, начиная с 2005 года, стоимость 1-го пролеченного больного в стационаре диспансера увеличивалась и достигла роста на 150%, то есть с 63 699 тенге в 2005 году до 159 230 тенге в 2009 году. В структуре стоимости 1-го пролеченного больного заработка плаата, налоговые отчисления и накладные расходы составили 66%. В тоже время затраты, непосредственно влияющие на качественную составляющую в достижении конечного результата на 1-го пролеченного больного, за последние 5 лет выросли соответственно на медикаменты на 3%, на питание на 5% [5]. Стоимость одного пролеченного больного с шизофренией в стационаре (при средней длительности пребывания 66,3 дня и стоимости 1 койко/дня в 2 980 тенге) составила 198 787 за время пребывания или 99 300 тенге в месяц. Затраты на лечение аналогичного больного, в условиях поликлиники, составили 60 000 тенге, что на 40% меньше [5].

Полученные результаты показали на практике финансовую тяжеловесность, многозатратность стационарной службы при незначительном влиянии на достижение оптимальных значений показателей конечных результатов. В результате проведенного анализа, процент выписанных из стационара больных с выздоровлением или стойким улучшением состояния здоровья, вырос незначительно с 4,9% в 2005 году до 5,2% в 2009 году [4].

Таблица 1

**Технико-экономические показатели работы стационара за пять лет
ГУ "Психоневрологический диспансер СКО"**

Показатели	2005г	2006г	2007г	2008г	2009г	Динамика 5 лет
план на год(тыс.тенге)	150520	172457	219837	230773	286614	
стоимость 1пролеченного больного(тенге)	63699	76444	102872	121844	159230	Увеличение на 150% к 2005г .В стоимости 58% з/плата и налоги, накладные расходы 8%,питание 14%,медикаменты 20%
затраты на питание в стоимости 1 пролеченного больного	9%	9%	9%	12%	14%	увеличение 5%
затраты на медикаменты в стоимости 1 пролеченного больного	17%	18%	18%	19%	20%	увеличение 3%
выделено средств на льготное амбулаторное лечение (психические заболевания и эпилепсия)	30316	39295	59895	61940	62756	
пролечено больных в стационаре	2363	2256	2137	1894	1800	уменьшение на 30% к 2005 г

Одним из основных критериев оценки качества работы психоневрологического диспансера, являются сохранение максимально продолжительное вре-

мя трудоспособности, социальной и общественной активности каждого пациента. В таблице 2 представлены показатели индикаторов конечных результатов.

Таблица 2

Показатели индикаторов конечных результатов (в сравнении с РК)

Наименование показателя		2008 год	соотношение		
Число повторных поступлений в стационар	ПНД СКО	19,6%	Ниже в 2,5 раза		
	РК	49,7%			
Сняты с учёта с выздоровлением или стойким улучшением	ПНД СКО	31,4%	Выше в 7 раз		
	РК	4,3%			
Первичный выход на инвалидность (2006-2008 гг.)		2006	2007	2008	Снизился
	ПНД СКО	3,9	0,8	0,7	За 3 года
	РК	1,1	1,0	1,0	В 5,5 раз

Определяя индикаторы конечных результатов, деятельности всей службы в целом, выделим некоторые, наиболее значимые показатели.

1. Число повторных поступлений в стационар в 2008 году составило 19,6% против 49,7% по Республике Казахстан (РК) в целом, что ниже средне-республиканского показателя в 2,5 раза [3].
2. Количество больных, снятых с диспансерного учета в связи с выздоровлением или стойким улучшением, составило 31,4% против 4,3% по РК, что выше средне-республиканского показателя в 7 раз.
3. За 3 последних года снизился показатель первичного выхода на инвалидность с 3,9 в 2006 году до 0,7 в 2008 году, что в 5,5 раз меньше чем в 2006 году [4].

Использованная литература:

1. Указ Президента Республики Казахстан от 13.09.2004 г. № 1438 «О государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 г.г.»
2. Программа реформирования и развития здравоохранения Северо-Казахстанской области на 2008 – 2010 г.г. (Петропавловск, 2008)
3. Статистический сборник «Психиатрическая помощь населению Республики Казахстан за 2006-2007 годы. (Республиканский научно – практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии г. Алматы, 2008 год)
4. Статистический сборник « Психиатрическая помощь населению Республики Казахстан за 2007-2008 годы (Республиканский научно – практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии г. Алматы, 2009 год)
5. Анализ деятельности психиатрической службы Северо-Казахстанской области за 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 годы (Организационно - методический отдел КГКП «Психоневрологический диспансер» акимата Северо-Казахстанской области Министерства здравоохранения Республики Казахстан)
6. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 269 от 13.05.1998 г. « О мерах по дальнейшему совершенствованию организации психиатрической помощи».

Проведенный анализ работы психиатрической службы Северо-Казахстанской области за последние 5 лет показал, что в современных условиях реформируемого здравоохранения значительно возрастает роль профилактической медицины, инновационных методик, малозатратных, гибких систем оказания медицинской помощи населению на уровне амбулаторно-поликлинического звена, во внебольничных условиях. Рациональная организация работы этих структур позволяет добиться снижения нагрузки на затратный сектор стационарных услуг в объемах до 40%, в тоже время, достичь хороших показателей и результатов в лечении, реабилитации психически больных, их адаптации в социуме.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЗОСЕРТА В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Х.Д. Макиев

г. Экибастуз (Павлодарская область, РК)

Депрессивные состояния, и их лечение это актуальная задача современной психиатрии. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 5% населения страдают депрессиями. Имеет место тенденция роста заболевания депрессиями. К 2015 году депрессии выйдут на первое место среди всех болезней человечества, опередив сердечно-сосудистые нарушения и онкологию. Анализ ВОЗ по данной тематике показывает, что от 20 до 25% женщин и от 7 до 15% мужчин в мире перенесли депрессивный эпизод не менее одного раза в течение жизни. Стационарное лечение получали из них только третья часть. Больными депрессиями совершаются 60% всех самоубийств.

Из вышеизложенного следует, что первостепенной задачей врача является правильная диагностика и адекватно подобранное лечение. Для лечения депрессии используется широкий спектр антидепрессантов различных химических групп и механизмов действия, что вызывает затруднения в выборе препарата при назначении - особенно у практикующих врачей. При назначении препарата необходимо учитывать структуру самой депрессии, клинические показания, противопоказания, побочные эффекты, возраст больного, интеркуррентную патологию, лекарственное взаимодействие.

Большой интерес в терапии вызывает препарат Зосерт (сертралин) - антидепрессант из группы ингибиторов обратного захвата серотонина. Преимуществом данного препарата является широкий спектр применения препарата - любая форма депрессии и высокая безопасность наряду с эффективностью, подтвержденной многочисленными международными клиническими исследованиями. К тому же сертралин - это единственный антидепрессант с клинически доказанной кардиобезопасностью.

Зосерт (сертралин) специфический ингибитор обратного захвата серотонина, усиливает его эффекты, оказывает слабое влияние на обратный захват норэpineфрина и дофамина; в терапевтических дозах блокирует захват серотонина в тромбоцитах человека. Не вызывает лекарственную зависимость, не оказывает психостимулирующего, седативного, м-холиноблокирующего и кардиотоксического действия, не изменяет психомоторную активность.

На базе лечебного учреждения нами было проведено исследование эффективности зосерта в терапии депрессии различной степени тяжести.

Целью исследования является изучение влияния препарата на депрессивные состояния в амбулаторной практике.

Материалы и методы

Зосерт назначался 30 пациентам с депрессивными расстройствами, проходившими амбулаторное лечение. Из них 19 больных соответствовали депрессивному эпизоду лёгкой степени по Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), 10 больных – средней степени, 1 пациент соответствовал тяжёлой степени депрессивного эпизода. Кроме депрессивных проявлений у 7 больных присутствовала массивная неврозоподобная симптоматика в виде ипохондрических и навязчивых синдромов.

Препарат применялся в качестве монотерапии в дозе 50-100 мг утром, причём дозу 100 мг получали 9 человек. Эффективность оценивалась по шкале Гамильтона для оценки депрессии на 1-й, 7-й, 14-й, 21-й, 28-й дни лечения. Для каждой группы выводилось среднеарифметическое значение баллов.

Контрольная группа состояла из 28 пациентов. Из них у 15 пациентов клиника соответствовала умеренной степени депрессивного эпизода, у 13 больных – лёгкой степени депрессивного эпизода. Им назначался амитриптиллин в суточной дозе 150 мг. Один больной получал данный антидепрессант в дозе 250 мг.

В таблице 1 приведена общая характеристика больных получавших лечение указанными лекарственными препаратами.

Результаты исследования

В результате проводимой терапии было отмечено равномерное угасание клинических проявлений депрессии. В первую очередь - больные испытывали оживление, редуцировалась неврозоподобная симптоматика (навязчивости, ипохондрия), к концу первой недели больные ощущали заметное снижение депрессивных проявлений. Больные с умеренной степенью депрессии себя считали трудоспособными к концу 2-й недели. По минованию депрессивного эпизода больные продолжали принимать препарат под наблюдением врача в общей сложности до 5 месяцев. В наблюдениях автора нарушений комплайенса не отмечено. Незначительные побочные эффекты преимущественно в виде диспепсии в начале терапии проходили самостоятельно за 4-5 дней.

Согласно шкале Гамильтона для оценки депрессий динамика основной и контрольной групп выглядела следующим образом (см. рисунок 1).

Таблица 1

Общая характеристика больных, получавших лечение

Учитываемый фактор	Группа больных, получавших зосерт	Группа больных, получавших амитриптиллин
Пол		
Мужчины	7 чел.	6 чел.
Женщины	23 чел.	22 чел.
Возраст		
Возрастные границы	32-49 лет	28-49 лет
Средний возраст	42 лет	38 лет
Заболевание		
Средняя длительность заболевания	7 лет	8 лет
Средняя продолжительность текущего депрессивного эпизода	1,5 месяца	1,5 месяца

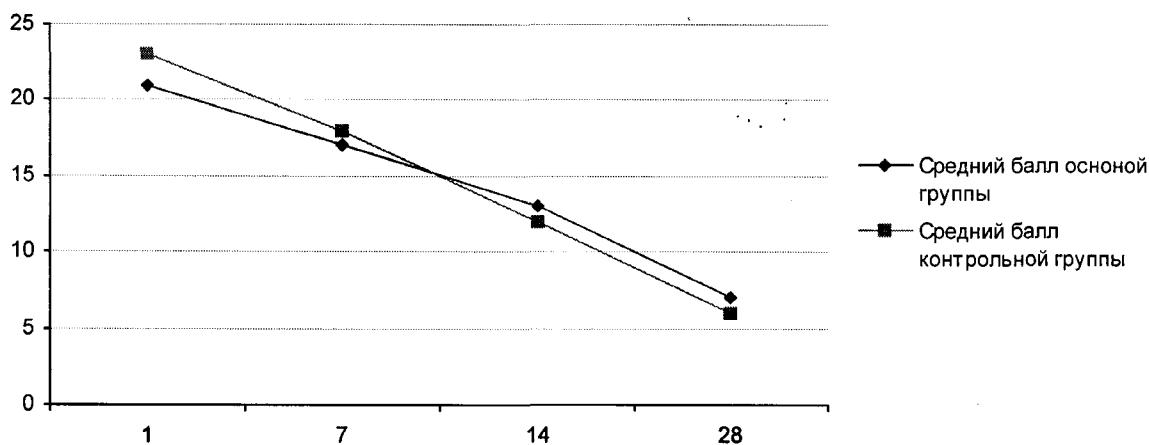


Рисунок 1. Динамика состояния пациентов в основной группе и контрольной группе по шкале депрессий шкалы Гамшльтона

Побочные эффекты в контрольной группе были отмечены:

- сухость во рту - 24 пациента;
- нарушения аккомодации – 15 пациентов;
- задержка мочеиспускания – 9 пациентов;
- сонливость – 25 пациентов;
- трепет конечностей – 11 пациентов;
- запоры – 2 пациента.

У половины больных (15 чел.) возникшие побочные эффекты редуцировались к 4 неделе курса лечения, у 10 больных они уменьшились значительно к 28 дню, отказалось от приёма амитриптилина из-за побочных эффектов 4 человека.

Сложности возникали у пациентов при совмещении терапии с работой.

Выводы

Зосерт показал себя как эффективный антидепрессант с хорошей переносимостью, удобством приёма для больного и титрования врачом и может быть рекомендован для широкого применения в амбулаторной практике и стационарзамещающей терапии. Учитывая отсутствие кардиотоксичности препарата можно рекомендовать больным с депрессивными расстройствами, страдающими заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

ДЕПРЕССИЯ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА - БОЛЕЗНЬ XXI ВЕКА

А.З. Нургазина

На протяжении многих лет психическое (психологическое) здоровье людей является центром всеобщего внимания многих исследователей как один из главных достояний социума и природы, как источник прогресса и благосостояния.

В настоящее время психические расстройства широко распространены во всех странах мира и являются важной медико-социальной проблемой. Медико-социальная значимость психических расстройств обусловлена рядом причин, а именно: эти заболевания дают высокую инвалидизацию заболевших и приводят к значительному экономическому ущербу; они могут изменять отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку (Медик В.А., Юрьев В.К., 2003).

Общемировые тенденции в изучении психических и поведенческих расстройств выдвинули на первый план проблему аффективных нарушений.

Современные исследования доказывают, что во всем мире показатели распространенности депрессий в населении и по прогнозам исследований, проведенных в США, к 2010-2030 г.г. выйдут на первое место в мире, обойдя сердечно-сосудистые заболевания. Уже в настоящее время, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 4-5% населения земного шара страдает депрессиями [2].

Депрессивные состояния являются наиболее распространенными расстройствами, как в психиатрической, так и в общесоматической практике (от 3% до 6% популяции). Они причиняют значительные психологические и физические страдания, существенно снижают качество жизни больного, уровень его семейной, социальной и трудовой адаптации.

Один из известных немецких психиатров прошлого Вильгельм Гризингер (1875) подчеркнул, что самым частым проявлением психической болезни является трансформация личности: «В огромном большинстве случаев душевная болезнь сопровождается изменением настроений, чувств, наклонностей, стремлений и суждений больного, новым содержанием его душевной жизни. Больной является совершенно другим человеком... Противоположность здесь часто бывает поразительна».

Депрессия – состояние пониженного, угнетенного настроения, тоски, сочетающихся с замедлением мыслительных процессов и двигательной заторможенностью. Депрессия причиняет сильнейшие психологические, эмоциональные и физические страдания, которые существенно снижают уровень жизни больного, его семейную, социальную и трудовую адаптацию, а нередко приводят к инвалидизации.

Депрессия (от лат. - подавление, угнетение) - психическое расстройство, характеризующееся патоло-

г. Павлодар

гически сниженным настроением с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Депрессивное изменение настроения сопровождается моторным и идеаторным (мыслительным) торможением, снижением побуждений к деятельности, соматовегетативной дисфункцией.

Наиболее часто депрессии возникают на фоне стрессов или длительно существующих тяжелых травмирующих ситуаций. Иногда они возникают без видимых причин. Депрессия может сопутствовать соматическим заболеваниям (сердечно-сосудистым, желудочно-кишечным, эндокринным и т.д.). В таком случае данная болезнь существенно усложняет и утяжеляет течение и прогноз основного соматического заболевания. Большое значение имеет своевременное выявление и лечение депрессии, при этом отмечается быстрое улучшение психического и физического самочувствия.

Наряду с духовными, нравственными и моральным грузом депрессии, ее гуманитарные последствия проявляются в снижении трудоспособности, ее утрате, в суицидах. В настоящее время депрессия и депрессивные расстройства требуют крупных экономических вложений, поскольку ввиду их широкой распространенности службы здравоохранения могут нести значительные расходы, особенно в случаях стационарного лечения при их позднем выявлении. По оценкам Всемирного банка, психические расстройства к 2000 г. составляют 10% общего распределения всех заболеваний, зарегистрированных по Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10).

По литературным данным, распространность депрессией остается крайне высокой независимо от этноса, культуры, государственного строя, состояния экономики страны и степени ее цивилизации, хотя можно полагать, что в периоды социально – психологических катаклизмов, особенно, если затяжной характер, степень сопротивляемости людей снижается [3].

Депрессия является наиболее серьезным заболеванием, с которым встречаются врачи всех специальностей. Данное заболевание влечет за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка. Необходимо также учитывать, что депрессии сами по себе способны серьезно повлиять на адаптационные возможности пациента и качество жизни. Известна, например, связь депрессивного состояния с ограничением способности к трудовой деятельности. На сегодняшний день вероятность инвалидизации у больных депрессией в 1,78 раза выше, чем у пациентов без этого психического расстройства.

Но, несмотря на высокую значимость, депрессии в соматической медицине, как правило, не распознаются. Хотелось бы в первую очередь обратить внимание на низкую выявляемость депрессии. Это объясняется тем, что сами пациенты могут не осознавать того, что они страдают психическим расстройством. При этом они зачастую убеждены в наличии у себя какого-либо редкого и/или трудно диагностируемого соматического заболевания.

Причины возникновения депрессий коренятся в очевидных затруднениях, с которыми сталкивается любой человек при попытке описать свое душевное состояние, а также связаны с наличием ипохондрических и соматизированных симптомов, «маскирующих» свойственные депрессивным состояниям проявления сниженного настроения в виде необычной и стойкой грусти, уныния, тоски, тревоги или безразличия.

Тем не менее, трудности диагностики депрессий не стоит преувеличивать. Упомянутые ипохондрические и соматизированные симптомы имеют свои особенности, которые позволяют дифференцировать их от проявлений соматического заболевания. Эти особенности даже описываются в качестве так называемых масок депрессивного состояния, по которым их довольно легко распознавать. Наиболее распространенной среди масок депрессии является бессонница (прерывистый сон с неприятными сновидениями, раннее пробуждение с затрудненным, требующим волевого усилия, мучительным подъемом), а также снижение аппетита (утренняя тошнота, отсутствие аппетита и отвращение к пище, сопряженные с похуданием, запоры), или, напротив, стойкая сонливость в течение дня, повышенный аппетит (со стремлением употреблять пищу, богатую жирами и углеводами) и увеличение массы тела.

Результативная помощь при депрессии остается актуальной задачей не только врачей-психиатров, но и психотерапевтов. Для успешного лечения депрессии необходимо, чтобы оно включало в себя биологическую терапию, психотерапию и систему социальных мероприятий, направленных на улучшение статуса больного [5].

За последние десятилетия в мировой психиатрии произошел существенный прорыв в области нейрохимии и психофармакологии депрессий и биполярных расстройств, существенно расширились возможности применения новых поколений антидепрессантов за счет их высокой эффективности, минимизация побочных эффектов и возможности комбинации с другими препаратами, в частности, использующихся при лечении соматических заболеваний (Nemeroff Ch., 1994). Медикаментозное лечение назначается пациентам с легкими, умеренными и тяжелыми проявлениями депрессии. Наиболее важным условием эффективности лечения является сотрудничество с врачом: строгое соблюдение предписанного режима терапии, регулярность

визитов к врачу, подробный, откровенный отчет о своем состоянии и жизненных затруднениях. Адекватная терапия позволяет в большинстве случаев полностью избавиться от симптомов депрессии. Необходимо помнить, что депрессия требует лечения у специалистов. Основными лекарственными препаратами для лечения депрессий являются антидепрессанты. В настоящее время существуют различные препараты этой группы, из них трициклические антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин) используются уже с конца 50-х годов прошлого столетия. В последние годы число антидепрессантов значительно увеличилось.

Основными преимуществами антидепрессантов новых поколений являются улучшение переносимости, уменьшение побочных действий, снижение токсичности и высокая безопасность при передозировке. К новым антидепрессантам относятся флуоксетин (прозак, профлузак), сертралин (золофт), циталопрам (ципрамил), пароксетин (паксил), флуоксамин (феварин), тианептин (коаксил), миансерин (леривон), моклобемид (аурорикс), милнаципран (иксел), миртазапин (ремерон) и др. Антидепрессанты являются безопасным классом психотропных лекарственных препаратов при правильном их применении согласно рекомендации врача. Доза препарата определяется индивидуально для каждого пациента. Необходимо знать, что терапевтический эффект антидепрессантов может проявляться медленно и постепенно, поэтому важно позитивно настроиться и ждать его появления.

Данная группа препаратов не вызывают привыкания и развития синдрома отмены в отличие от препаратов классаベンзодиазепиновых транквилизаторов (феназепам, реланиум, элениум, тазепам и др.) и широко используемых в нашей стране корвалола, валокордина. А также,ベンзодиазепиновые транквилизаторы и фенобарбитал, входящие в состав корвалола и валокордина при длительном применении снижают чувствительность к другим психофармакологическим средствам.

Определение тактики лечения: выбор антидепрессанта с учетом основных симптомов депрессии у каждого пациента, подбор адекватной дозы препарата и индивидуальной схемы лечения. Проведение основного курса терапии, направленного на уменьшение симптомов депрессии вплоть до их исчезновения, восстановление прежнего, своего пациента уровня активности. Проведение поддерживающего курса терапии в течение 4-6 и более месяцев после общей нормализации состояния. Данный этап направлен на профилактику обострения заболевания. Что обычно мешает проведению медикаментозного лечения:

- неправильное представление о природе депрессии и о роли медикаментозного лечения;
- распространенное неверное представление о безусловном вреде всех психотропных препаратов:

-
- а) возникновение зависимости от них,
 - б) отрицательное влияние на состояние внутренних органов.

Многие пациенты уверены, что лучше страдать от депрессии, чем принимать антидепрессанты.

При этом многие пациенты прерывают прием при отсутствии быстрого эффекта или же нерегулярно принимают лекарства.

Проведенные многочисленные исследования подтверждают высокую эффективность и безопасность современных антидепрессантов. Урон, наносимый депрессией эмоциональному и материальному благополучию человека, по тяжести несопоставим с незначительными и легко устранимыми побочными эффектами, которые иногда возникают при применении антидепрессантов. Также следует помнить, что терапевтический эффект антидепрессантов нередко наступает только через 2-4 недели после начала приема. Получают также развитие и уровень научной доказательности некоторые виды психотерапии, которые становятся при многих депрессивных расстройствах существенным дополнением, методом выбора в терапии или более эффективным и безопасным средством [4].

Традиционный метод лечения депрессивных состояний антидепрессантами длителен и недостаточно эффективен. Поэтому поиск путей относительно быстрого и стойкого купирования депрессий различного генеза, способствующих становлению ремиссий или выздоровлению, является актуальной задачей.

Эффективность лечения депрессии зависит от ее клинической картины и адекватности терапевтических мероприятий. Большой вклад в представления о формировании эмоциональных расстройств был внесен когнитивной теорией эмоциональных расстройств и соответствующими психотерапевтическими технологиями.

Научные исследования показали, что наиболее эффективной на практике оказывается комбинированная терапия, сочетающая фармакологические и психотерапевтические подходы. Сторонниками подобной стратегии является ряд авторов – Covi (1974), Fridman (1975). По мнению Fridman, фармакотерапия должна играть главную роль для более быстрого устранения болезненных симптомов, в то время как психотерапия улучшает «социальное функционирование» пациента, что приобретает особое значение в завершающий период лечения. Klerman (1974) обращает внимание на значение психотерапии для пациентов, испытывающих затруднения в социальной адаптации и межличностных контактах [3].

Психотерапия является не альтернативой, а важным дополнением к медикаментозному лечению депрессий. В отличие от медикаментозного лечения психотерапия предполагает более активную роль пациента в процессе лечения. Психотерапия помогает больным развить навыки эмоциональной

саморегуляции и в дальнейшем более эффективно справляться с кризисными ситуациями, не погружаясь в депрессию.

В настоящее время при лечении депрессий как наиболее эффективные и научно обоснованные рекомендовали себя три подхода: психодинамическая психотерапия, поведенческая психотерапия и когнитивная психотерапия.

Согласно психодинамической терапии, психологической основой депрессии являются внутренние бессознательные конфликты. Например, желание быть независимым и одновременное желание получать в большом объеме поддержку, помочь и заботу от других людей. Другим типичным конфликтом является наличие интенсивного гнева, обиды на окружающих в сочетании с потребностью быть всегда добрым, хорошим и сохранять расположение близких. Источники этих конфликтов лежат в истории жизни пациента, которая становится предметом анализа в психодинамической терапии. В каждом индивидуальном случае может быть свое уникальное содержание конфликтующих переживаний, и поэтому необходима индивидуальная психотерапевтическая работа. Цель терапии - осознание конфликта и помочь в его конструктивном разрешении: научиться находить баланс независимости и близости, развить способность конструктивно выражать свои чувства и сохранять при этом отношения с людьми.

Поведенческая психотерапия направлена на разрешение текущих проблем пациента и снятие поведенческих симптомов: пассивность, отказ от удовольствий, монотонный образ жизни, изоляцию от окружающих, невозможность планирования и вовлечения в целенаправленную активность.

Когнитивная психотерапия представляет собой синтез обоих вышеназванных подходов и соединяет в себе их преимущества. Она сочетает работу с актуальными жизненными трудностями и поведенческими симптомами депрессии и работу с их внутренними психологическими источниками (глубинными представлениями и убеждениями). В качестве основного психологического механизма депрессии в когнитивной психотерапии рассматривается так называемое негативное мышление, которое выражается в склонности депрессивных больных рассматривать все происходящее с ними в негативном свете. Изменение такого способа мышления требует тщательной индивидуальной работы, которая направлена на развитие более реалистичного и оптимистичного взгляда на себя, на мир и на будущее.

Немаловажными дополнительными формами психотерапии депрессий являются семейное консультирование и групповая психотерапия (но не любая, а специально направленная на помочь депрессивным пациентам). Их привлечение может оказать существенную помощь в лечении и реабилитации.

Что обычно препятствует обращению за психотерапевтической помощью:

-
- а) низкая информированность людей о том, что такая психотерапия;
 - б) страх посвящения постороннего человека в личные, интимные переживания;
 - в) скептическое отношение к тому, что «разговоры» могут дать ощутимый лечебный эффект;
 - г) представление о том, что с психологическими трудностями нужно справляться самому, а обращение к другому человеку является признаком слабости.

В современном мировом обществе психотерапия является признанным эффективным методом помощи при различных психических нарушениях. Так, курс когнитивной психотерапии значительно снижает риск повторения депрессии. Представленные современные методы психотерапии ориентированы на краткосрочную (10-30 сеансов в зависимости от тяжести состояния) эффективную помощь. Вся информация, которую психотерапевт получает на сеансе, строго конфиденциальна и остается втайне. Профессиональный психотерапевт специально подготовлен к работе с тяжелыми переживаниями и трудными жизненными ситуациями других людей, он умеет их уважать и оказывать помощь в совладании с ними. У каждого человека в жизни бывают ситуации (например, такие как болезнь), с которыми он не может справиться самостоятельно. Умение обратиться за помощью и принять ее является признаком зрелости и рациональности, а не слабости.

С точки зрения врача, психотерапия депрессии должна быть в первую очередь направлена на устранение ее симптомов. Одни из них оказываются более чувствительными к психотерапии, другие сравнительно трудно поддаются ее воздействию. Принято считать, что при тяжелых депрессиях возможности психотерапии более ограниченны, чем в легких случаях болезни.

В качестве основных мишеней психотерапевтического воздействия при депрессии выделяют расстройства настроения, мышления, поведения, мотивационные и физиологические симптомы. Среди аффективных симптомов - печаль, чувство вины и стыда и особенно тревога особенно чувствительны к психотерапевтическому воздействию.

Необходимо выделить ряд общих принципов работы психотерапевта с больным, страдающим депрессией. Важной частью лечения является контроль врача за собственными чувствами по отношению к пациенту, поскольку возможно появление чувства пустоты, раздражения, излишнего сочувствия и усталости. Психотерапевт не только выражает эмпатию и сочувствует больному, но и внимательно наблюдает за ним, сохраняя определенную дистанцию.

В процессе терапии необходимо строго регламентировать время общения с больным, поддерживать структуру поступательного движения к выздоровлению. Активная постановка целенаправленных

вопросов, уверенность в диагнозе, предоставление реальной надежды относятся к основным правилам лечения депрессии. Исследования показали, что полученная от врача надежда ретроспективно оценивается пациентами как важная помощь в процессе преодоления депрессии.

Особенностью работы психотерапевта с больным депрессией является не столько сопереживание, сколько понимание состояния и, в частности, возможности возникновения эпизодов негативных изменений настроения. Часто пациент стремится «парализовать» психотерапевта своим бесконечным ожиданием помощи, а последний допускает ошибку, пускаясь в теоретические объяснения и поиски психологических причин депрессии. На самом деле психотерапевт должен стремиться к тому, чтобы пациент обратил внимание на самого себя и искал пути адекватного восприятия своей ситуации. Особенно нежелателен разговор с пациентом о симптомах его состояния, гораздо важнее подчеркнуть зависимость их выраженности от различных ситуаций, вести разговор об особенностях характера и взаимоотношений с окружающими людьми. Сострачивание психотерапевта обычно усиливает у пациента ожидание помощи, попытка ослабить выраженность симптомов ведет к их усилению, утешение – к безутешности. Важно привести пациента к необходимости самопомощи, а не утешать его, показать ему важность принять себя таким, каким он есть.

Для лечения депрессии были предложены также различные методы психотерапии:

1. Психоанализ.
2. Клиент–центрированная терапия.
3. Экзистенциальная терапия.
4. Межличностная терапия.
5. Когнитивная терапия.
6. Терапия воспоминаниями.
7. Изменение проекции во времени.
8. Релаксационный тренинг.
9. Терапия решения социальных проблем и другие методы психотерапии.

10. Включая ее смешанные или эклектичные варианты.

По мнению большинства исследователей, наиболее эффективна при лечении депрессии когнитивная терапия, фокусирующаяся на коррекции особенностей мышления пациентов, страдающих депрессией.

Многие исследования показали, что депрессия особенно неблагоприятно протекает в тех семьях, где делается много критических замечаний в адрес больного. Страйтесь дать понять больному, что его состояние - это не его вина, а беда, и что он нуждается в помощи и лечении.

Таким образом, на этом фоне возрастает значение стратегии сочетанного применения психофармакологического (современные антидепрессанты) и психотерапевтического подхода при лечении депрессивных состояний.

Использованная литература:

1. Медик В.А., Юрьев В.К., 2003.
2. Курманов Б.Х., Крыжановская Е.С., Оралбекова Г.С. Депрессии и суицидальное поведение // Материалы III Съезда психиатров, психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов Республики Казахстан (10-11 сентября 2009 г.). – Алматы, 2009. – С. 180-181.
3. Семке В.Я., Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства - неинфекционная эпидемия XXI века // Ж. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – Томск: ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, 2003. - № 2 (28). – С. 14-18.
4. Бек А. Когнитивная терапия депрессий // Московский психотерапевтический журнал. – М., 1996. - № 3. - С. 69-92.
5. Бек В.А. с соавт. Когнитивная терапия депрессии. - СПб., 2002.
6. Арана Д., Розенбаум Д. Фармакотерапия психических расстройств. –М., 2004.
7. Холмогорова Б., Довженко Т.В., Гаранян Н.Г. О депрессии.
8. Fridman A. Intracnion of Drug Therapy with Marital Therapy in Depressive Patients // Arch. Gen. Psychiatry. 1975. V. 32. P. 619-624.
9. Kleman G. Drugs and Psychotherapy in Treatment of Depression // J. Cole, A. Schatzberg, Sh.. Frazier (Eds) Depression. New York, London: Plenum Press, 1978.

ПРИМЕНЕНИЕ НОРМОТИМЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Е.Т. Сармаев

г. Астана

Введение

Распространённость аффективных расстройств в мире неуклонно растёт, что диктует необходимость внедрения клинически эффективных и экономически целесообразных методов их лечения.

На сегодняшний день ведущее место в структуре лечения аффективных заболеваний занимает психофармакотерапия (Мосолов С.Н., 2002), представленная широким спектром лекарственных препаратов. Среди них особое значение имеют так называемые «стабилизаторы настроения», необходимость использования которых в терапии аффективных нарушений, в частности, биполярных расстройств, неоднократно подтверждалась в серьезных клинических исследованиях (Bowden C.L. et all., 2004 и др.).

Настоящая работа имела цель изучить эффективность применения нормотимических препаратов в структуре комплексной терапии аффективных расстройств.

Характеристика материалов и методов исследования

Исследование проводилось в клинических отделениях ГУ «Медицинский центр проблем психического здоровья» г. Астаны.

Основным методом изучения в исследовании стал клинико-психопатологический метод с использо-

зованием структурно-динамического анализа, а также клинико-катамнестический метод. В качестве дополнительных методов применялись клинико-психологический (включавший также оценку состояния пациентов с помощью шкал депрессии Гамильтона (21 пункт) и шкалы глобального клинического впечатления (CGI)), клинико-лабораторный и клинико-инструментальный методы. Нозологическая диагностика проводилась на основе рубрики «F3» 10 пересмотра Международной классификации болезней (исследовательский вариант) (МКБ-10).

Материалом исследования явились 39 пациентов с биполярным аффективным расстройством (35 человек, 90%) и рекуррентным депрессивным расстройством (4 человека, 10%) в возрасте от 19 до 63 лет (средний возраст составил 37 ± 3 года). Из них мужчин – 20 человек (51%), женщин - 19 человек (49%).

В таблице 1 представлены данные об основном виде занятости.

Как следует из данных таблицы 1, подавляющее большинство пациентов характеризовалось наличием стабильной трудовой занятости.

Исходя из задач исследования, из общего числа пациентов была выделена группа в 32 человека (82%), сопоставимых по возрасту, массе тела, соматической отягощенности и степени тяжести аффективных проявлений.

В таблице 2 представлено распределение пациентов выделенной группы в зависимости от тяжес-

Таблица 1

Социальная характеристика пациентов

Основной вид занятости	Количество пациентов
Работа по специальности	30 (77%)
Пенсионер	3 (8%)
Отсутствие или нерегулярная трудовая деятельность	6 (15%)
ВСЕГО	39 (100%)

Таблица 2

Распределение пациентов в зависимости от тяжести аффективных проявлений

Тяжесть аффективных проявлений	Результаты оценки состояния по шкале Гамильтона 21 пункт	Количество пациентов
Депрессия, умеренная с somатическими проявлениями	24±3 балла	2 (6%)
Тяжелая депрессия без психотических проявлений	35±4 балла	19 (60%)
Тяжелая депрессия с психотическими проявлениями	40±3 балла	11 (34%)
ВСЕГО		32 (100%)

ти депрессивных и маниакальных проявлений на момент начала исследования. Тяжесть аффективных нарушений оценивалась с опорой на психопатологические критерии, а также с применением шкалы Гамильтона (21 пункт).

Как видно из данных таблицы 2, большую часть исследуемого контингента составили больные, у которых депрессивные проявления характеризовались тяжелым уровнем.

Нозологическая характеристика обследованных пациентов представлена в таблице 3.

Давность заболевания у пациентов составила в случае биполярного аффективного расстройства от 2 лет до 7 лет (в среднем 4 года ±0,5 года), в случае рекуррентного депрессивного расстройства от 2 до 4 лет (в среднем 3 ±0,33 года).

Результаты анализа динамики аффективных расстройств показали, что в анамнезе пациентов отмечалось от 3 до 8 аффективных фаз (в среднем 5±2 фазы) продолжительностью от 1 месяца до 1 года (в среднем 3 месяца ±2 недели). В 30 случаях (94%) межфазный период характеризовался относитель-

но стойкой стабилизацией состояния, ретроспективно оцененного у обследуемых, как ремиссия «B» (С.Я. Серейский, 1939).

Течение биполярного расстройства в 23 случаях (82%) характеризовалось преобладанием депрессивных faz. Результаты анализа анамнестических сведений показали, что структура последних была представлена преимущественно тоскливыми и апатическими гармоничными и тоскливыми дисгармоничными триадами (О.П. Вергоградова, В.М. Волошин, 1983). Обнаруживались суточные колебания настроения по эндогенному типу, соматоформные (алгии, незначительное снижение массы тела) и вегетативные расстройства по типу расстройств ночного сна (раннее пробуждение), снижения аппетита, запоры. Периоды повышенного настроения, которые имели место в структуре расстройства, не превышали уровня гипомании и по своей продолжительности отмечались не более 2 недель.

В 5 случаях биполярного расстройства (18%) маниакальная симптоматика в структуре faz была более очерченной, характеризовалась выраженным

Таблица 3

Распределение пациентов в зависимости от клинического диагноза

Диагноз по МКБ-10	Количество пациентов
F31.31 Биполярные аффективные расстройства текущий эпизод умеренной или легкой депрессии с somатическими симптомами	2 (6%)
F31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов.	15 (47%)
F31.5 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами	11 (34%)
F33.2 Рекуррентное депрессивное расстройство, тяжелый текущий эпизод без психотических симптомов	4 (13%)
ВСЕГО	32 (100%)

ми клиническими проявлениями с нестойкими включениями конгруэнтных психотических симптомов. Кроме того, маниакальные эпизоды в этих случаях имели продолжительность до 3-4 месяцев, обусловливая заметное снижение социального функционирования пациентов и госпитализацию. У 2 пациентов определялась тенденция к континуальному течению расстройства.

У пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством ретроспективная оценка состояния позволила установить, что структура депрессивных фаз определялась преимущественно тоскливыми и тревожными гармоничными, тревожными и апатическими дисгармоничными, в меньшей степени тоскливыми диссоциированными триадами (О.П. Верторадова, В.М. Волошин, 1983). В структуре фаз отмечались соматоформные проявления по типу алгий, снижения массы тела, вегетативных нарушений.

При ретроспективном анализе 3-месячного периода, непосредственно предшествовавшего госпитализации, установлено, что в течение 2 месяцев до стационарирования у всех пациентов имели место депрессивные проявления, обусловившие госпитализацию. Десять пациентов (31%) принимали в этот период антидепрессивную терапию, прописанную участковым психиатром, остальные находились без лечения.

Состояние больных обнаруживало депрессивные симптомокомплексы, структуру которого определяли тосклевые дисгармоничные и гармоничные, апа-

тические дисгармоничные триады. Пациенты были пассивны, малообщительны, предъявляли жалобы на плохое настроение и плохое самочувствие. Выявлялись соматоформные симптомы по типу цефалгий и кардиалгий, суточные колебания настроения эндогенного характера, а также нестойкие психотические проявления (идеи отношения, самообвинения).

Дизайн исследования

Пациентам с момента их поступления в стационар назначалась терапия, направленная на нивелирования патологического настроения, т.е. использовались антидепрессанты и нейролептики, а также симптоматические средства (транквилизаторы, ноотропные и сосудистые препараты). Группа обследуемых (32 человека) была разделена на 2 подгруппы по 16 пациентов. Одной группе (подгруппа 1) наряду с основной терапией давался нормотимический препарат (ламотриджин или карбамазепин в рекомендуемых дозировках), в другой – нормотимическая терапия отсутствовала (подгруппа 2).

Сводные данные по выделенным группам представлены в таблицах 4 и 5.

Как следует из данных таблицы 4, пациенты обеих подгрупп были сопоставимы по своим соматическим и возрастным параметрам.

Из данных таблицы 5 видно, что в ходе исследования с учётом клинического диагноза пациенты были распределены практически поровну.

Нормотимическая терапия проводилась пациентам в одинаковой последовательности: в 1-ую неде-

Характеристика подгрупп пациентов

Параметры	Подгруппа				
	№1		№2		
Пол	мужской	женский	мужской	женский	
Возраст	25-35 лет	30-38 лет	25-35 лет	30-38 лет	
Средний возраст	30±2 года	35±2 года	32±2 года	33±2 года	
Масса тела	75-85 кг	55-65 кг	75-85 кг	55-65 кг	
Хронический бронхит	6 (37%)	-	2 (12%)	-	
Артериальная гипертензия	-	4 (25%)	-	2 (12%)	
Всего	8 (50%)	8 (50%)	7 (44%)	9 (56%)	
	16 (100%)		16 (100%)		

Таблица 4

Характеристика подгрупп пациентов с учетом нозологического диагноза

Клинический диагноз	Подгруппа	
	№ 1	№ 2
F31.31 Биполярные аффективные расстройства текущий эпизод умеренной или легкой депрессии с соматическими симптомами	1 чел. (6%)	1 чел. (6%)
F31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов.	8 чел. (50%)	7 чел. (44%)
F31.5 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами	5 чел. (31%)	6 чел. (37%)
F33.2 Рекуррентное депрессивное расстройство, тяжелый текущий эпизод без психотических симптомов	2 чел. (13%)	2 чел. (13%)
ВСЕГО	16 чел. (100%)	16 чел. (100%)

Таблица 5

лю S рекомендуемой суточной терапевтической дозировки, начиная со второй недели 100% рекомендуемой суточной терапевтической дозировки на 2 приёма. Остальная терапия при этом изменялась с учетом состояния пациентов. Общий срок наблюдения за пациентами составил 7 недель.

Основными оцениваемыми параметрами были:

- качество достигнутого клинического эффекта на фоне комплексной терапии;
- темп достижения значимого клинического эффекта на фоне комплексной терапии;
- стабильность достигнутого клинического эффекта на фоне комплексной терапии, оп-

ределяемая в течение периода пребывания пациента в стационаре;

- побочные эффекты и осложнения комплексной терапии.

Состояние пациентов оценивалось каждые 7 дней с момента начала терапии с помощью шкал депрессии Гамильтона (21 пункт), шкалы глобального клинического впечатления, а также с помощью специально разработанных анкет, направленных на получение субъективной информации о своем состоянии от пациента.

В таблице 6 представлена основная терапия, которую получали пациенты.

Таблица 6

Распределение пациентов в зависимости от характера основной терапии

Название препарата*	Количество пациентов**	
	Подгруппа 1	Подгруппа 2
Амитриптилин	4	4
Флуоксетин	6	5
Велаксин	3	3
Золофт	2	2
Феварин	3	2
Всего	18	16

*Названия препаратов в левой колонке даны согласно их торговым наименованиям.

**Примечание – некоторым пациентам в процессе лечения основная терапия изменялась, поэтому сумма в правых колонках превышает общее число пациентов.

Использование антидепрессантов проводилось в терапевтических дозировках, исходя из спектра их психофармакологической активности, а также с учетом доминирующего аффекта.

Результаты

В течение первой недели комплексной терапии качественных изменений в состоянии пациентов не происходило. По шкале глобального клинического впечатления (CGI) в обеих группах выявлялось «незначительное улучшение», снижение результатов по шкале депрессии Гамильтона не превышало 4–6 баллов.

К середине второй недели в обеих группах пациентов отмечались положительные изменения клинической картины:

- а) повышался уровень двигательной активности;
- б) постепенно выравнивался фон настроения (нивелировался эндогенный ритм);
- в) нормализовался сон и аппетит;
- г) больных удавалось привлекать в работе в отделении.

У пациентов с психотической депрессией теряли актуальность аффективные идеи самообвинения и отношения.

В конце 3-й недели оценка пациентов обеих групп по шкале глобального клинического впечатления (CGI) показывала «выраженное улучшение». С этого же периода (21–25 день от начала терапии) в результатах оценки состояния по шкале депрессии

Гамильтона между группами пациентов наблюдалась некоторые отличия: у 10 больных (62%) 1-й подгруппы исходный балл снизился вдвое, в то время как во 2-й подгруппе, подобная картина наблюдалась только у 4 пациентов (25%).

На фоне улучшения состояния пациентов в обеих группах, на 4-й неделе у пациентов подгруппы 2 проявились признаки инверсии аффекта: обнаруживалось ускорение мыслей, повышение общей двигательной активности, повышение общего фона настроения до гипоманиакального. Подобные изменения обусловили снижение суточной дозировки антидепрессантов и введение небольших дозировок нейролептиков (хлорпротиксен и сонопакс). В 1 группе стабильно положительная динамика состояния пациентов позволила начать постепенное снижение суточной дозировки антидепрессантов с целью подбора поддерживающей терапии. В последние 2 недели исследования тенденция к инверсии аффекта отмечалась еще у 3 пациентов (19%) 2-й группы, в тоже время в 1-й подгруппе фон настроения был достаточно стабильным.

При оценке субъективного мнения пациентов об эффекте терапии установлено, что в отличие от 1-й группы, где удовлетворенность была 100%, во 2-й группе остались удовлетворенными качеством и динамикой лечения 9 пациентов (56%).

Клинико-лабораторные показатели у больных обеих групп находились в период исследования в пределах нормы.

Побочные эффекты у всех обследованных больных носили транзиторный характер.

Обсуждение и выводы

Результаты исследования ещё раз подтверждают уже устоявшееся мнение о том, что раннее введение в терапию аффективных расстройств нормотимических препаратов имеет положительные последствия для пациентов. Использование нормотимиков с первых дней начала лечения депрессии позволяет сократить сроки собственно антидепрессивной терапии без потери качества терапевтического вмешательства, следовательно, создает предпосылки для сокращения стационарного пребывания больных.

Во-первых, применение нормотимических в комплексной терапии у пациентов с биполярным и рецидивным депрессивным расстройствами, обеспечивает наступление отчетливого клинического эффекта в более ранние сроки.

Во-вторых, несмотря на то, что динамика изменения состояния пациентов с депрессивными нарушениями в обеих подгруппах характеризовалась мягкостью и постепенностью (без критических эпизодов) и не сопровождается патологическими изменениями клинико-лабораторных показателей, клинический эффект комплексной терапии у лиц 1-й подгруппы, обладал большей стабильностью по сравнению с лицами 2-й подгруппы, (в 44% случаев наблюдалась отчетливая тенденция к инверсии эффекта).

В заключение необходимо отметить, что в силу краткосрочности сравнительного исследования, а также недостаточного для математического подтверждения выводов количества пациентов, статистическая обработка полученных результатов нами не проводилась. Вместе с тем, итоги исследования позволяют говорить о тенденциях, которые с большой долей вероятности могут быть подтверждены на большем количестве материала.

ИЗУЧЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТИЙ) И ПРЕСТУПНОСТИ

А.К. Сулейменова

г. Астана

Несмотря на многочисленные исследования по проблеме агрессивности (Ратинов А.Р., 1979; Anderson A.S., 1982; Антонян Ю.М., Бородин С.В., 1987; Lewis D.O., Lovely K. et al., 1989; Незнанов Н.Г., 1994; Соловьев С.Л., 1996; Антонян Ю.М., 1997; Бэррон Р., Ричардсон Д., 1997), изучение соотношения преступности и психопатологических черт личности является весьма актуальной тематикой в симбиозе медицины и юриспруденции. Статистические данные Министерства юстиции о росте вооруженной преступности - тому подтверждение (Корецкий Д.А., 1994). Чрезвычайно возросла «привычная» (рецидивная) преступность - если в начале 80-х годов умышленных убийств было 25% от общего числа повторных преступлений, то в начале 90-х их число возросло до 50% (Побегайло Э.Ф., Милюков С.Ф., Мищенко А.А., 1994).

В настоящее время в отечественной литературе существует две крупнейших концепций генезиса преступной личности - ценностно-нормативная (Ратинов А.Р., 1990) и концепция «тревожной личности» (Антонян Ю.М., 1996) [1].

Агрессивность может быть как одной из черт патологического развития личности, так и одной из форм реакции человека на угрозу. Специфика процесса мужской социализации способствует более широкой распространенности агрессивности у

мужчин, в среде которых она зачастую воспринимается в качестве одного из стереотипов мужского поведения. Несомненно, что существует также и определенная культуральная стимуляция агрессии.

В системе юриспруденции до настоящего времени остается весьма популярной антропологическая концепция Ч. Ломброзо, вместе с тем, многочисленные исследования личности преступника показали, что антропологическая концепция причин преступности не в полной мере отражает связь преступности и лиц совершивших преступные деяния.

Проводя данное исследование, мы обнаружили ряд серьезных методологических проблем, а именно:

- проблема соотношения биологического и социального в преступном поведении;
- проблема влияния индивидуальных свойств личности на преступное поведение;
- проблема условий возникновения аномальных мотивов преступного поведения;
- проблема соотношения расстройств личности (психопатии) и преступности.

Именно представителями криминальной антропологии были впервые затронуты вопросы соотношения преступности и психопатических расстройств личности. «Однако, в профилактике преступлений психопатической личности сделано еще крайне мало, и это главным образом потому, что до сих пор

окончательно не преодолены безответственные не-научные теории, отрицающие биологические детерминанты» [2].

Изучение именно этого аспекта привело к достаточно доказанным выводам, что у психопатических личностей наблюдается аморфная самооценка (Литвиненко И.В., 1989) и слабо организованная система ценностных ориентаций, из-за чего актуализируются психологические механизмы защиты (Савина О.Ф., 1992). Само свойство агрессивности индивида А.Р. Ратинов считает полностью принадлежащим мотивационной структуре, личностному (социально-обусловленному) уровню, отвергая иные детерминанты данного качества [1].

Ю.М. Антонян, много лет исследовавший личность преступника разными методами, в том числе и тестовыми, пришел к выводу, что ни психические аномалии, ни биологические факторы, ни внешние условия, ни ситуация не определяют склонности или способности человека к убийству. Основополагающей чертой лиц, совершающих насильственные преступления, он считает тревожность. Это чисто психологическое свойство формируется в глубоком детстве вследствие нарушенных эмоциональных связей с матерью, т.е. вследствие эмоциональной депривации. Тревожность создает охранительное поведение, стремление «сохранить себя» (в терминологии автора концепции), а это биологическая потребность (точнее, по А.Маслоу - не биологическая, но первичная, базовая) - отсюда несоблюдение социальных норм оказывается для такой личности менее важным, чем «сохранение себя» (т.е. самооценки) [3].

При постановке проблемы психопатий В.В. Гульдан (1986) считает: «...клиническая психиатрия была вынуждена расширить пределы своей компетенции и ввести в круг изучаемых явлений не только психопатологическую симптоматику, но и различные личностные категории. В клинических работах появились исчерпывающие патопсихологические портреты аномальных личностей с оценкой их нравственных, моральных качеств, особенностей мотивации поведения. Изучение аномалий личности вызвало необходимость определения критериев нормы и патологии личности, стимулировало психологические исследования в этом направлении, создание различных типологий и классификаций нормальных и патологических личностей» [4].

В настоящей статье мы провели исследование проблемы взаимосвязи расстройств личности и преступности, изучив современные концепции и взгляды. Вместе с тем, развивая предложенный представителями криминальной антропологии вопрос взаимосвязи психопатии и этиологии преступности мы получим возможность рекомендовать соответствующие предложения по совершенствованию уголовного законодательства РК. Взаимосвязь психопатии и этиологии преступности озвучена в п.5-1 постановления Правительства Республики Казахстан от

30 мая 2002 года № 598 «О мерах по совершенствованию нормотворческой деятельности». Задачами проведения научной криминологической экспертизы законопроектов являются: совершенствование законопроектной базы; выявление условий вероятности совершения правонарушений в связи с принятием законопроекта; определение возможной эффективности социально-правового контроля над преступной деятельностью и ее предупреждение в случае принятия законопроекта; и т.д. [5].

Затрагивая вопросы криминальной антропологии через призму психической детерминации, мы рассмотрим проблему в трех аспектах:

- 1) психопатия и этиология преступности, в частности психопатия как один из детерминантов преступности;
- 2) вопросы взаимосвязи совершения преступления и *волевого расстройства и других видов расстройств личности*;
- 3) физиологический аспект определения преступного поведения.

Итак, первое - под расстройствами личности в международных и американских классификациях подразумеваются выраженные и устойчивые нарушения характера и поведения, которые препятствуют социальной адаптации. В нашей стране для этих случаев обычно используется термин «Психопатия», предложенный В.М. Бехтеревым еще 1986 году, либо «нарушения личности».

Как показано в некоторых работах (Н.И. Фелинскай, Э.С. Наталевич, В.Е. Пелипаса, 1978) «...структурно-динамически и в зависимости от глубины психических нарушений изменение форм реагирования отражается на различных уровнях мотивации общественно опасных действий у психопатов: «бытовой», «психопатической», «психопатологической» [6].

В некоторых работах по вопросам судебной психиатрии (А.Г. Наку, М.Г. Ревенко, Н.А. Опры, 1976) социально опасное поведение психопатических личностей рассматривается со ставших классическими позиций, согласно которым реакции психопатических личностей подразделяются на неспецифические психогенные и невротические, а также специфические типологические [6]. Общим для всех типов реакций здесь является наличие кратковременного (реже пролонгированного) сдвига, выражающегося в усилении основных (реже факультативных) психопатических особенностей и становящегося в процессе формирования психопатии однотипным способом реагирования.

Второе - на наш взгляд, симптомы волевых нарушений непосредственно влияют на совершение преступных деяний некоторых лиц. Воля с точки зрения психиатрии – сознательное целенаправленное управление человеком своей деятельностью. У человека в процессе социально-исторического развития образовались формы приспособления к окружающей среде на основе дифференцированных услов-

но-рефлекторных реакций и произвольного контро- лирования инстинктов. Так, являясь одним из симп- томов волевых нарушений, импульсивные влечения (непреодолимые влечения достижения целей, не- адекватных реальной ситуации, выполняемых без сопротивления и борьбы, но с последующей крити- ческой оценкой) и импульсивные действия (внезап- но совершающееся стремительное, немотивированное действие, продолжающееся секунды или минуты) непосредственно в той или иной мере влияют на совершение противоправных действий [7].

Третьим аспектом данного исследования является соотношение психики и тела при формировании преступного поведения и в целом поведения.

Не вдаваясь в детали истории многочисленных дискуссий по этому поводу, можно отметить, что основные точки зрения сводились к следующим концепциям:

- материалистическая концепция, в соответ- ствии с которой психические процессы (душевные) аналогичны телесным (соматическим) и, следова- тельно, подчиняются тем же закономерностям, и, более того, психические процессы и функции зависят от состояния физического здоровья;
- идеалистическая концепция, согласно которой психические (душевые) процессы не зависят от фи- зических процессов и даже доминируют над ними;

- дуалистическая концепция, гласящая, что те- лесные и душевые процессы протекают независи- мо друг от друга или, во всяком случае, автономно.

Неоспоримо известным фактом современности является то, что функции психической деятель- ности локализованы в головном мозге. Однако ус- тановленные связи не идут дальше общих положе- ний. Так как и до настоящего времени нет неоспоримо достоверных данных, а существуют лишь тео- рии о локализации психических функций. Вместе с тем «разработана целая карта головного мозга с рас- пределением его участков, ответственных за двигательные и вегетативные функции организма, регу- лирующих деятельность внутренних органов и т.п. Отсюда выведено заключение о том, что головной мозг обеспечивает психическую деятельность за счет своего целостного функционирования» [8].

Исходя из вышеизложенного, можно однозначно отметить, что проблема соотношения психопатий и преступности требует дальнейших исследований, многие аспекты не изучены вовсе либо изучены мало. Также данная проблематика изучалась и изучается отдельно психиатрами и криминалистами, что при- водило и приводит к разноплановой трактовке при-чин преступности, в связи с чем эффективность борь- бы с преступностью и применяемых мер по профи- лактике преступлений весьма неутешительна.

Литература:

1. Васильева Н.В. Клинико-психологическое исследование агрессивности человека. А в т о р е ф. дисс . канд. психол. наук., СПб. 1998.
2. Ной И.С. Методологические проблемы советской криминологии. Издательство Саратовского уни-верситета, 1975.
3. Антонян Ю.М. Общий очерк о преступном насилии. //Человек против Человека. Преступное насилие. СПб., 1994.
4. Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. М., 1991.
5. Постановления Правительства Республики Казахстан от 30 мая 2002 года № 598 «О мерах по совершенствованию нормотворческой деятельности».
6. Антонян Ю.М., Горшков И.В., Зулкарнеев Р.М. Проблемы внутрисемейной агрессии. М. 1999.
7. Тюльпин .., Иванец .., Психиатрия и наркология. М., 2009.
8. Дубинин Н.П., Карпец И.И., Кудрявцев В.Н. Генетика. Поведение. Ответственность. О природе анти-общественных поступков и путях их предупреждения. - М.: Политиздат. - 1982.

УСТАНОВОЧНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.О. Темиргалиев

г. Павлодар

Судебно-психиатрическая экспертиза решает крайне важные для личности подэкспертного воп-росы, касающиеся социальных аспектов его даль-нейшей жизни, - вопросы диагностики, освобожде-ния от уголовной ответственности, принудительно-го лечения.

В ряде случаев отмечается рентная мотивация поведения: осознанное целенаправленное стремле-ние получить в результате экспертного решения юридически неконкретные социальные льготы (пре-имущества). В основе установочного поведения лежит рентная мотивация.

Под *установочным поведением* понимается осознанное, целенаправленное предъявление подэкспертным лицом заведомо ложной информации о состоянии своего здоровья, т.е. осознанное, целенаправленное предъявление симптомов несуществующего заболевания (*симуляция, метасимуляция, суперсимуляция*), усиление симптомов имеющегося заболевания (*аггравация*), предъявление симптомов, утяжеляющих общее состояние организма (*«поиск симптомов»*). К установочному поведению относят также попытку скрыть (преуменьшить) симптомы имеющегося заболевания (*диссимуляция, дисгравация*).

Само понятие *установочное поведение* не является каким-либо психопатологическим симптомом или синдромом, а является психологическим понятием (т.е. реакция сохранных сторон личности на стресс – факт привлечения к уголовной ответственности). Причем установочное поведение может встречаться как у психически здоровых лиц, так и у лиц, психически больных, с целью уклонения от уголовной ответственности.

Симуляция – предъявление симптомов несуществующего и не существовавшего заболевания. Встречается *превентивная симуляция* (заранее, до совершения преступления лица госпитализируются в психиатрические больницы, чтобы «запастись» диагнозом), *интрасимуляция* (при совершении преступления изображают «психбольнико»), *постсимуляция* (имитируют поведение больного во время экспертизы). Лица могут искажать анамнез (в том числе и родственники), психостатус. Следует учитывать, что симуляция – это «игра для зрителей», особенно когда это видят врачи, медперсонал.

Мегасимуляция – изображение бывшего ранее психического заболевания или его обострения. Су-

ществуют два варианта мегасимуляции – по типу экзацербации (обострения), по типу пролонгированния симптоматики.

Суперсимуляция (сюрсимуляция) – предъявление психически больным лицом симптомов другого, более тяжелого заболевания. Например, пациент с психопатией преподносит симптоматику шизофrenии (говорит о голосах, преследовании и т.д.).

Аггравация – сознательное преувеличение тяжести имеющегося заболевания.

«Поиск симптомов» – предъявление симптомов различных психических заболеваний, не укладывающихся в клинически очерченный синдром, для утяжеления общей картины психического состояния. Так, подэкспертные нередко при стационарной экспертизе имитируют («суммируют») поведение больных с алкогольным делирием, слабоумием и высоко систематизированным паранойяльным бредом, что клинически несовместимо.

Диссимуляция и дизаггравация – сознательная попытка скрыть или преуменьшить признаки имеющегося заболевания (например, чтобы добиться выписки и реализовать бредовые идеи или достичь социальных льгот).

Выявить наличие установочного поведения помогает тщательно собранный анамнез, в том числе объективный анамнез из материалов уголовного дела, наблюдений за поведением и высказываниями пациента, экспериментально-психологическое обследование, тщательное изучение психического состояния (в динамике).

Таким образом, установочное поведение является реакцией личностной защиты на стрессовую (фрустриционную) ситуацию для достижения социально – значимых целей.

Использованная литература:

1. Войтенко Р.М. *Личность и установочное поведение* // Методическое пособие. - СПб: СПЕНУВЭК, 2006.
2. Дмитриева Т.Б. *Руководство по судебной психиатрии*. – М.: Медицина, 2004.
3. Тиганов А.С. *Руководство по судебной психиатрии*. – М.: Медицина, 1999. – т. 1, 2.

К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА

Ж.Ж. Турлубекова

г. Астана

В настоящее время аффективные расстройства являются одной из наиболее актуальных медицинских проблем, что связано, прежде всего, с их высокой распространностью (от 3% до 6%), смертностью (до 15% лиц, больных депрессией, совершают суицид), а также пессимистическими прогнозами ВОЗ о лидирующей роли депрессии в инвалидизации населения к 2020 году [1]. Это диктует необхо-

димость постоянного совершенствования методов своевременного выявления, эффективной терапии и профилактики аффективных расстройств.

В структуре аффективных нарушений биполярное расстройство занимает особое место. В частности, эпизоды депрессии при биполярном расстройстве характеризуются большим риском суицида и развития психотической симптоматики в сравнении

с униполярной депрессией в рамках рекуррентного депрессивного расстройства. Кроме того, наличие в анамнезе маниакальных и смешанных эпизодов и чередование их с депрессивными фазами неизбежно обусловливают особенности клинического ведения пациентов [2].

В последние годы с особенной тщательностью разрабатываются аспекты социального функционирования больных с аффективными расстройствами, что диктует необходимость выделения тех особенностей течения и клиники заболевания, которые имеют особое значение с позиции оценки качества жизни больных [3]. В отношении биполярного расстройства можно выделить следующие параметры: смена аффективных фаз; продолжительность – биполярное расстройство протекает долгие годы, обрекая пациентов на практически пожизненный прием терапии, а вероятность выздоровления носит в значительной степени случайный характер. Суицидоопасность, по данным реестра Stanley Center Bipolar Disorder Registry, 92% пациентов с биполярным расстройством предпринимали суицидальные попытки именно в депрессивную fazu [4]. Кроме того, имеются сведения, что риск суицида среди не леченных пациентов с биполярным расстройством в 29 раз выше, чем в обычной популяции [5].

Исходя из общемировых тенденций последних десятилетий, отчетливо прослеживается стремление к сокращению сроков стационарного лечения и переносу основной нагрузки по ведению таких пациентов на амбулаторное звено здравоохранения. Именно этим обеспечивались бы поддержание уровня социального функционирования больных и эффективность их реабилитации.

Реализация этого подхода включает в себя использование значительного арсенала антидепрессантов и нейролептиков, применение которых направлено на купирование депрессивного синдрома, маниакального или смешанного состояния, то есть в зависимости от того, что доминирует в клинической картине в данный момент. Вместе с тем, следует отметить, что назначение антидепрессантов и нейролептиков должно быть ограничено только в период купирующей терапии. Дальнейшее ведение пациента с биполярным расстройством целесообразно обеспечивать мероприятиями в рамках третичной профилактики, направленной на эффективное предупреждение обострений биполярного расстройства [6].

Для этого используются препараты нормотимического ряда, к которым предъявляются следующие требования:

- клиническая эффективность;
- экономическая целесообразность использования;
- минимум побочных эффектов;
- простота и удобство в применении.

Именно эти характеристики позволяют минимизировать риск нарушения социального функциони-

рования больных, связанный с собственно приёмом лекарственных средств.

Среди препаратов, наиболее соответствующих указанным параметрам, особое место занимает ламотриджин. Являясь антиконвульсантом, давно применяющимся при лечении эпилепсии, он в настоящее время зарекомендовал себя как высокоэффективное средство для профилактики биполярного расстройства [6]. Исследования клинической эффективности ламотриджина показали, что он существенно увеличивает время до развития очередной аффективной фазы, хотя в отношении депрессии оно более выражено, чем в отношении мании. Результаты тщательно спланированных двойных слепых рандомизированных исследований показали, что ламотриджин обладает дозозависимым эффектом при биполярной депрессии [7], который развивается достаточно быстро (в течение первых 3 недель терапии) [8], не вызывая при этом инверсии аффекта. Следует отметить, что на сегодняшний день ламотриджин является единственным нормотимиком, эффективность которого при лечении больных с биполярным расстройством «с быстрой сменой faz», то есть наиболее злокачественной формой заболевания, была убедительно доказана в плацебо и литий контролируемых исследованиях [9, 10, 11]. Показано, что несмотря на сходство по спектру нормотимического действия с карбамазепином, купирующее действие ламотриджина в отношении депрессивной симптоматики при биполярном расстройстве представляется более доказанным по сравнению с другими нормотимиками, что в сочетании с хорошей переносимостью как при кратковременном, так и при длительном использовании является его существенным преимуществом перед другими препаратами этой группы. В частности, установлено, что в сравнении с литием и плацебо нежелательные эффекты развивались всего у 10% пациентов, получавших ламотриджин, и в отличие от лития частота их развития не имела значимых различий по сравнению с плацебо (цитируется по [6]). Наконец, кратность приёма ламотриджина в качестве поддерживающей нормотимической терапии, с учётом особенностей его фармакокинетики, может быть ограничена одним приёмом в сутки, что в значительной степени оптимизирует его использование.

В завершение необходимо отметить, что использование психофармакологических средств, в частности нормотимиков, с учётом их влияния на качество жизни и уровня социального функционирования пациентов с биполярным расстройством, является наиболее эффективным и целесообразным способом выбора адекватного выбора препарата.

Литература:

1. Kupfer D. Depression: a major contributor to world-wide disease burden // International Medical News, - 1999. - N99/2, Sept. - P. 1-2.

2. Malhi G.S., Vieta E. Topics in contemporary psychiatric practice diagnosing bipolar disorder // Int. J.Psych. Clin. Pract. – 2001, Vol. 5, N3. – P. 223-224.
3. Доклад ВОЗ о состоянии здоровья в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новые надежды. – 2001.
4. Kupfer DJ., Frank E, Grochocinski VS., et al. Demographic and clinical characteristic of individuals in a bipolar disorder case registry // J Clin Psychiatry 2002. - 63. - P. 120-125.
5. Angst F, Stassen H.H., Clayton P. J., Angst J., Mortality of patients with mood disorders (2002); Calabrese J.R., E Vieta, MD. Shelton Latest maintenance data on lamotrigine in bipolar disorder // Eur. Neuropsychopharmacology. – 13 (2003). - P. 57-66.
6. Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. // Социальная и клиническая психиатрия, 2003. – 4. - C. 106-113.
7. Bowden C.L. Novel treatments for bipolar disorder // Exp. Opin. Invest. Drugs. - 2001. - Vol. 10, N4. – P. 661-671.
8. Calabrese J.R et al. Double-blind, placebo controlled study of lamotrigine monotherapy in out-patient with bipolar I depression // J. Clinical Psychiatry. - 1999. - Vol. 60. - P. 79-88.
9. Bowden C.L, Calabrese J.R et al. A randomized, placebo controlled 18 month trial lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently manic and hypomanic patients with bipolar I depression // Scientific Abstracts of the 40 Annual Meeting of American College of Neuropsychopharmacology; December 9-13, 2001; Waikoloa, HI. - P. 238.
10. Bowden C.L, Calabrese J.R et al. A placebo controlled 18 month trial lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently manic and hypomanic patients with bipolar I depression // Arch. Gen Psychiatry. - 2003. - Vol. 60, N4. - P. 392-400.
11. Bowden C.L et al. Lamotrigine delays mood episodes in recently depressed bipolar I patients // New Research Abstracts of the 155 Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May 18-23, 2002; Philadelphia, PA. - P. 81.

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ АГРЕССИЕЙ

Б.Д. Цыганков, Ю.А. Берсенева

В результате сплошного исследования 1730 больных, находившихся в психиатрическом стационаре, в 40,06% случаев были выявлены те или иные проявления внешней или внутренней агрессии. Наиболее распространенными формами психических расстройств, встречающихся среди больных с агрессивным поведением, являются психические расстройства, относящиеся по МКБ-10 к рубрикам F00 - F09 «Органические, включая симптоматические психические расстройства» (164,2 на каждую тысячу стационарных больных).

Органические психические расстройства чаще всего были смешанного травматического и сосудистого генеза или травматического и интоксикационного, реже только травматического (рисунок 1).

В данной группе наибольший процент составили больные с диагнозами под рубрикой F07: «Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга» - 158 наблюдений (55,63%). В 114 наблюдениях (40,14%) были поставлены диагнозы, соответству-

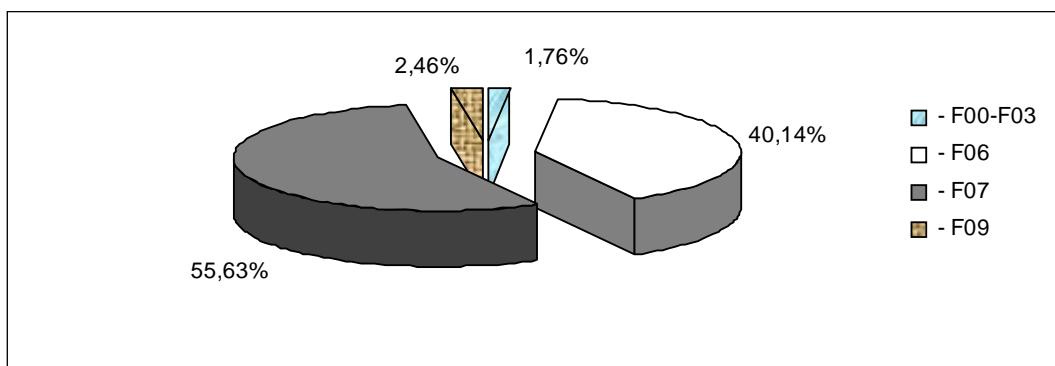


Рисунок 1. Клиническая структура агрессивных больных, страдающих органическими психическими расстройствами

щие рубрике F06: «Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга». Незначительный процент составили больные с диагнозами, относящимися к рубрикам F00 - F03 «Деменции» (5 наблюдений, 1,76%) и больные с неуточненными органическими расстройствами (7 наблюдений, 2,46%) под рубрикой F09.

В тех случаях, когда был поставлен диагноз: Личностные расстройства, вследствие повреждения головного мозга, в клинической картине наблюдались отчетливые интеллектуально-мнестические нарушения в виде существенного снижения способности к целенаправленной деятельности, вязкости, обстоятельности мышления, снижения объема запоминания в сочетании с выраженной церебрастенической симптоматикой. У таких больных нередко отмечалась подозрительность, отдельные несистематизированные идеи преследования. Нарушения в эмоциональной сфере проявлялись выраженной лабильностью, сочетанием периодов дисфории с периодами приподнятого настроения, порой достигавшего уровня эйфории. В отличие от больных с диагнозами, относящимися к рубрике F06, у пациентов с личностными расстройствами прослеживались отчетливые нарушения поведения, нередко проявляющиеся агрессивными действиями, что служило причиной госпитализации таких больных.

Диагноз, соответствующий рубрике F06: «Психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга», исключающие деменцию, ставился при наличии болезни, повреждения или дисфункции головного мозга или системного физического заболевания, причинно обусловливающего психические расстройства; при наличии временной связи между развитием основного заболевания и развитием психического расстройства. При облегчении основного заболевания отмечалась редукция психического расстройства.

Клиническая картина заболевания представляла, по сути, органический психосиндром, с характерной триадой признаков: церебрастенические и когнитивные расстройства, эмоциональная лабильность. Среди заболеваний, относящихся к данной рубрике, наиболее часто встречалось органическое эмоционально-лабильное расстройство (78,07% случаев). В 21,93% случаев было отмечено бредовое органическое расстройство.

При постановке диагноза: Деменция (F00-F03), дифференциально-диагностическими признаками служили: прогredientный характер заболевания с прогрессирующим снижением когнитивных функций с редкими и короткими промежутками восстановления нормального функционирования мозга; возраст старше 60 лет. Агрессивность больных с указанными расстройствами была слабо очерченной и не поддавалась верификации психологическими экспериментами, что, наряду с нерепрезентативностью выборки, служило основанием для исключения данной категории больных из дальнейших исследований.

Диагноз под рубрикой F09 «Неуточненные органические или симптоматические психические расстройства» во всех случаях ставился больным при первичном поступлении и неясности клинической картины. Указанные особенности, а также нерепрезентативность данной категории больных также служила основанием для исключения их из дальнейшего исследования.

Среди обследованных основной группы пациенты с расстройствами личности и поведения, вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга составили большинство больных. Диагноз F07.08 – «Расстройство личности в связи со смешанным заболеванием» имели 48,10% обследованных лиц. Больные с диагнозом: Расстройство личности в связи с травмой головного мозга (F07.00) составили 23,42% наблюдений, с диагнозом: Расстройство личности в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F07.01) – 10,76% наблюдений, а с диагнозом: Расстройство личности в связи с эпилепсией (F07.02) – 17,72% наблюдений.

Критериями для установления диагнозов, определяющими расстройствами личности, являлись следующие:

- значительное, необратимое изменение поведения, выражающееся в сферах эмоций, влечений, потребностей, планирования и предвидения;
- существенное снижение способности целенаправленной деятельности;
- эмоциональная лабильность, кратковременные приступы злобы и агрессии, эйфория, апатия;
- стремление удовлетворить потребности и влечения без учета последствий и социальных ограничений;
- когнитивные нарушения в виде подозрительности, идей отношения, преследования, не носившие характера бредовых расстройств, вязкости и обстоятельности в речи.

Приведенные критерии отражают требования классификации МКБ-10. При клиническом обследовании таких больных диагноз во всех случаях основывался, прежде всего, на наличии полной триады признаков органического поражения головного мозга: церебрастения, интеллектуально-мнестическое снижение, выраженная неустойчивость эмоционально-волевых функций. Кроме того, во всех наблюдениях присутствовали признаки, свойственные возбудимым или истеровозбудимым личностям, что в соответствие с МКБ-10 эквивалентно по клинической картине эмоционально неустойчивому и/или истерическому типу личностных расстройств.

Основные отличия в клинической картине психопатологических проявлений в зависимости от генеза заболевания определялись преимущественным преобладанием той или иной группы психических нарушений из приведенной триады признаков.

В случаях расстройства личности в связи с травмой головного мозга в наибольшей степени страдали эмоционально-волевые функции. Клиническая

картина характеризовалась лабильностью аффекта, проявляющегося в неконтролируемых выражениях различных эмоций и резких, практически беспричинных, изменениях полюсов аффекта. При этом во всех наблюдениях присутствовала церебрастеническая симптоматика в виде головных болей, головокружений, повышенной утомляемости, неустойчивость внимания, сопровождавшаяся вегетативно-сосудистыми нарушениями. Интеллектуально-мнестические нарушения во всех случаях проявлялись в виде невозможности сосредоточиться, значительных затруднений в усвоении нового материала, замедления мышления при необходимости абстрагирования и обобщения. Кроме того, у 77,78% больных отмечалось снижение памяти. Расстройства личности проявлялись повышенной возбудимостью, тенденцией к агрессивным действиям и резко сниженной способностью предвидеть последствия своих действий.

Во всех случаях заболевание развивалось постепенно - с формирования на начальных этапах церебрастенического синдрома с последующим присоединением эмоционально-лабильных, а затем и интеллектуально-мнестических расстройств. Длительность формирования психоорганического синдрома определялась тяжестью травматического поражения головного мозга.

На момент обследования у больных с личностными расстройствами травматического или смешанного генеза синдромальная структура не ограничивалась органической симптоматикой и личностными расстройствами. Нередко присутствовали элементы аффективных расстройств (в данных случаях депрессивных), реже – невротических синдромов по типу тревожных, фобических, ипохондрических.

Таким образом, клиническая картина складывалась из психогенетической симптоматики и признаков депрессии и/или некоторых проявлений невротических расстройств, что при периодическом их усиливании, усложняло синдромальную структуру, придавало ей характер депрессии, как правило, с дисфорическим оттенком и/или неврастенического, тревожного или ипохондрического синдрома.

В случаях психических расстройств, сформировавшихся в результате сосудистых заболеваний головного мозга, клинико-динамическая картина характеризовалась ранним, практически одновременным с формированием сосудистой патологии, развитием выраженных проявлений церебрастенических расстройств, которые уже на начальных этапах развития психогенетического синдрома носили полиморфный и выраженный характер. Во всех случаях было отмечено сочетание головных болей, головокружения, метеопатии с быстрой истощаемостью психических процессов, повышенной отвлекаемостью, неустойчивостью внимания, сопровождавшихся симптомами вегетативной дисфункции (тахикардия, потоотделение, трепет, сухость во рту, одышка, чувство удушья, тошнота). Эмоциональные

нарушения, характеризовавшиеся выраженной лабильностью, «недержанием» эмоций обычно развивались практически одновременно с церебрастенией и формированием сосудистой патологии, чуть реже - через 1-2 года после окончательного формирования основного заболевания. В дальнейшем наблюдалось постепенное нарастание интеллектуально-мнестических нарушений, характеризовавшихся снижением мнестических функций, замедлением мыслительных процессов, усилением обстоятельности мышления, значительным затруднением в усвоении нового материала.

Клиническая картина личностных расстройств у таких больных наиболее часто носила характер истерической психопатии и была отмечена только у лиц женского пола. Она складывалась из преувеличенного выражения эмоций, которые, по сути, являлись поверхностными и лабильными, из постоянного стремления к признанию со стороны окружающих. У больных мужского пола личностные расстройства чаще носили характер эмоционально неустойчивой психопатии пограничного типа, проявляющиеся наряду с тенденцией к импульсивности, неуверенностью в себе, в своих действиях и поступках, ощущением пустоты, стремлением избежать одиночества. Такие больные нередко высказывали суицидальные мысли.

В целом, в период наблюдения подобных больных в стационаре, выделить какой-либо преобладающий симптомокомплекс было довольно затруднительно. Как показало наблюдение в течение месяца у одного и того же больного астено-депрессивные состояния могли быстро замещаться выраженными тревожными и фобическими расстройствами, а депрессивно-ипохондрические состояния – периодами гневливости или благодушия.

В случаях наличия у больных психических расстройств, отнесенными к диагностической рубрике F07.02 «Расстройство личности в связи с эпилепсией», диагностическими критериями эпилепсии служили следующие признаки: наличие склонных к повторению припадков; выявление «эпилептических радикалов» в структуре личности больных; наличие характерных изменений биоэлектрической активности головного мозга на электроэнцефалограмме (ЭЭГ).

Все анализируемые в данной группе больных заболевания рассматриваются в рамках общего раздела «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F00 - F09), поэтому диагноз: Расстройства личности в связи с эпилепсией основывался, прежде всего, на наличии клинических и этиологических признаков органического поражения головного мозга. Таким образом, в рассматриваемых наблюдениях речь идет скорее об «эпилептиформных синдромах», формирующихся при органических заболеваниях головного мозга.

Как показали результаты исследования, в 60,71% случаев эпилептиформные синдромы развивались

как последствия травматического поражения головного мозга. В 7,14% случаев эпилептиформные синдромы являлись проявлением текущего органического заболевания головного мозга (опухоли головного мозга) и в 32,14% случаев, эpileпсия развивалась у больных с резидуально-органическими проявлениями поражения головного мозга не вполне определенной этиологии.

В случаях развития пароксизмов вследствие травматического поражения головного мозга, непосредственная связь между перенесенными черепно-мозговыми травмами (ЧМТ) и формированием эпизиндромов прослеживалась достаточно отчетливо. В половине случаев указанные синдромы развивались и принимали вполне очерченный характер в течение первых двух лет после перенесенных травм. В других случаях эпизиндром формировался спустя 2-3 года после травмы.

В первом случае, достаточно отчетливо проследить продромальный период эпилептиформных проявлений не представлялось возможным. В последнем случае перед появлением собственно пароксизмальных приступов наблюдались эпизодические приступы головокружений, головных болей, нарушений сна, дисфорических состояний. Клиническая картина собственно пароксизмальных расстройств, как в первом, так и в последнем случае характеризовалась неоднозначностью характера и продолжительности приступов от развернутых *grand mal* до abortивных, парциальных вариантов их проявлений. Наиболее часто пароксизмальные расстройства носили характер джексоновских приступов, при которых тоническая и клоническая фаза ограничивались определенной группой мышц с последующим распространением в проксимальном направлении или охватывала половину тела. Нередко у одного и того же больного в ряде приступов тонико-клонические судороги носили ограниченный характер, а в ряде случаев наблюдалась генерализация джексоновских приступов с потерей сознания. В межприступных периодах в клинической картине на первый план выступали признаки психорганического расстройства с выраженным когнитивными и эмоционально-волевыми нарушениями.

Расстройства личности и поведения, проявлялись, прежде всего, аффективной взрывчатостью (эксплозивностью), импульсивностью поступков. Характерные для эpileпсии черты формировались в случаях достаточно продолжительного течения заболевания (от 3 лет и более), когда в картине личностных расстройств ведущими признаками становились такие проявления, как эгоцентричность, педантизм, жестокость в сочетании с льстивостью.

Динамика психопатологических проявлений в случаях эпилептиформных синдромов, развивающихся в результате травмы или опухоли головного мозга, характеризовалась изменчивостью психопатологической картины. При травматическом генезе

пароксизмов на начальных этапах развития болезни наблюдалось постепенное нарастание частоты и выраженности приступов, которое отмечалось наряду с нарастанием признаков психорганического синдрома, личностных расстройств. В дальнейшем, в ряде случаев была отмечена постепенная «стабилизация» клинической картины, а в редких случаях – редукция психопатологических проявлений со снижением частоты возникновения пароксизмов, «сглаживанием» лабильности аффекта, частичной компенсацией личностных расстройств. При опухолях головного мозга динамика психопатологических проявлений имела исключительно прогредиентный характер с учащением эпиприпадков, нарастанием эмоционально-волевых и интеллектуальных нарушений.

При формировании пароксизмальных расстройств на фоне резидуальных проявлений органического поражения головного мозга судорожные приступы носили адерсивный характер с преобладанием в их картине тонических судорог. Вне приступов в клинической картине отмечались признаки психорганического синдрома с выраженной церебрастенической симптоматикой, вязкостью, тугоподвижностью мышления в сочетании со специфическими «эпилептическими радикалами» в виде биполярности аффекта, эпилептической вязкости, эгоцентризма, преобладания хмурого фона настроения. Течение заболевания в данных случаях характеризовалось преимущественно стационарностью клинических проявлений. При влиянии дополнительных вредностей экзогенного или психотравмирующего характера течение заболевания принимало ремитирующий характер с периодическим учащением пароксизмов и усилением выраженности эмоционально-волевых расстройств.

Как было указано выше, среди обследованных пациентов с органическими психическими расстройствами и личностными нарушениями наибольшее количество больных имели диагноз F07.08 «Расстройство личности в связи со смешанным заболеванием».

В данных наблюдениях органический психосиндром формировался как последствие сочетанных вредностей, воздействовавших на функции головного мозга. Во всех случаях у обследованных больных отмечалось наличие в большей или меньшей степени выраженности сосудистой патологии наряду с указанными в анамнезе черепно-мозговыми травмами.

В данной подгруппе больных заболевание развивалось, как правило, достаточно продолжительное время, с постепенным нарастанием выраженности проявлений органического симптомокомплекса по мере присоединения к уже имеющимся дополнительных экзогенных вредностей. В ряде случаев в анамнезе заболевания были отмечены наблюдавшиеся до установления основного диагноза указания на наличие астенических, неврастенических, вегетативно-сосудистых нарушений, по поводу которых больные наблюдались в общесоматической сети.

Клиническая картина отличалась выраженным полиморфизмом и определялась отчетливыми проявлениями психоорганического синдрома в сочетании с расстройствами личности и поведения, носившими характер возбудимых (эмоционально-неустойчивых) и истеро-возбудимых психопатий. Формирование психоорганического синдрома начиналось с постепенного усиления выраженности церебрастенического синдрома. В последующем к расстройствам церебрастенического характера присоединялись признаки нарушения мышления и эмоциональной лабильности, которые в дальнейшем сопровождались приступами злобы и агрессии или эйфории, или апатии. Патологический характер реагирования и поведения в целом с течением времени закреплялся, придавая личности больного не свойственные ранее черты, замещающие преморбидный тип.

Среди больных с «другими психическими расстройствами вследствие повреждения головного» мозга в 21,93% случаев отмечались бредовые расстройства в связи с травмой головного мозга, соответствующие рубрике F06.20 МКБ-10. В остальных случаях больные имели диагноз, соответствующий рубрике F06.68 («Органическое эмоционально-лабильное расстройство в связи со смешанным заболеванием»).

Основанием для установления диагноза бредовых расстройств, связанных с органическим поражением головного мозга, служило выявление связи бредового синдрома с травматическим поражением головного мозга, отсутствие данных о других причинах психического расстройства, наличие, определявшегося вне обострения продуктивной симптоматики психоорганического синдрома.

Бредовые расстройства у обследованных больных имели характер паранойального психоза, который формировался постепенно, в течение 5-10 лет после перенесенной травмы головы. Предшествующими проявлениями рассматриваемых расстройств являлись признаки органического поражения головного мозга в виде характерной церебрастенической симптоматики, эмоциональной неустойчивости, нарушений когнитивных функций, расстройств памяти.

Развитие паранойального бреда началось с появления и постепенного нарастания, не свойственных больному ранее подозрительности, настороженности, постепенно преобразующихся в систематизированные идеи преследования, отношения или ревности. Во всех наблюдениях динамика паранойального психоза характеризовалось ремитирующим течением с периодическим обострением на фоне декомпенсации органического расстройства, соматических заболеваний или психогенно травмирующих ситуаций.

В межприступный период клиническая картина определялась проявлениями психоорганического синдрома с выступающими на первый план эмоционально-волевыми расстройствами с депрессивной и/или невротической окраской, что придавало клинической картине характер дисфорической депрессии,

тревожно-ипохондрических или тревожно-фобических состояний. Интеллектуально-мнестические нарушения проявлялись в нарастающей вязкости, обстоятельности, тугоподвижности мышления, нарушенной памяти в виде снижения объема запоминания.

В подгруппе больных с органическими эмоционально-лабильными расстройствами в связи со смешанными заболеваниями клиническая картина характеризовалась преобладанием в структуре психоорганического синдрома признаков эмоциональной лабильности, которые проявлялись в неконтролируемых выражениях различных эмоций и резких, практически беспричинных, изменениях половосов аффекта. При этом во всех наблюдениях присутствовала церебрастеническая симптоматика, сопровождавшаяся обильными проявлениями вегетативной дисфункции и интеллектуально-мнестические нарушения в большей или в меньшей степени выраженности.

В подгруппе больных с выраженной лабильностью аффекта, синдромальная структура не ограничивалась типичными для органического поражения головного мозга проявлениями. Практически во всех случаях присутствовали элементы невротических синдромов в виде расстройств по типу тревожных, фобических, ипохондрических.

Как показали изложенные результаты наблюдений, у больных с органическим поражением головного мозга, независимо от формулировки диагноза, решающее значение в диагностике заболевания имели выраженные признаки психоорганического синдрома. Кроме того, во всех рассмотренных подгруппах наблюдалась сложная клиническая картина, обусловленная аффективными и невротическими наслойениями. Таким образом, разделение больных на группы с личностными или другими нарушениями вследствие органического поражения головного мозга представляется достаточно условным, и в ряде случаев определяется скорее необходимостью соответствовать требованиями МКБ-10, предъявляемыми к диагностике психических расстройств, нежели этиопатогенетическими и клиническими характеристиками заболевания.

Кроме того, наличие агрессивности на момент обследования определялось, во многом, актуальным психическим статусом, связанным с проявлениями личностных особенностей, бредовой настроенностью внешнеобвиняющего характера, пароксизмальными состояниями с дисфориями, аффективным возбуждением. На основании изложенного выше было выделено четыре варианта этого статуса: личностный, пароксизмальный, бредовой, аффективный.

Наибольший процент составили больные с преобладающими в клинической картине личностными расстройствами (58,09%). Вторыми по частоте встречаемости оказались аффективные расстройства, составившие 22,43% наблюдений. Больные с актуальными пароксизмальными нарушениями составили 10,29% наблюдений, больные с бредовым синдромом - 9,19%.

НАРКОЛОГИЯ

КЛИНИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ

М.В. Прилуцкая-Сущенко, А.А. Кусаинов, М.К. Маликов

г. Павлодар

Влече́ние - психологи́ческое состоя́ние, неосозна́ваемый этап форми́рования потребно́сти. Представле́нная в нем потребно́сть либо не разви́вается, угасает, либо, становясь осозна́ваемой, реализу́ется в форме конкретного желания, мечты и т.п. Влече́ние соотве́тствует стадии зарожде́ния потребно́сти, оно стимулирует дея́тельность че́ловека, придаёт ей определенную направленно́сть (В.М. Блейхер, И.В. Крук Толковый словарь психиатрических терминов).

В психологии влече́ние рассматри́вается как наиболее элементарная форма побужде́ния и определяется как переживание неосозна́ваемых потребно́стей, преимущественно биологического характера. Влече́ния не имеют определенной целенаправленно́сти и не порождают конкретного волевого акта.

В определении эти́мологии производного поня́тия – «патологи́ческое влече́ние к наркотику» нет единобра́зия. В.А. Пузи́енко рассматри́вает патологи́ческое влече́ние как неспецифическое проявле́ние расстройств сферы влече́ний, обусловленных разнообразными экзогенно-органическими и эндогенными факторами [2].

В классической психиатрии среди разновиднос-тей расстройств влече́ния выделяют импульсивные влече́ния и расстройства сферы инстинктов. В то же время патологи́ческое влече́ние занимает отдельное структурное положение. Несомненно, данный фено́мен относится к рангу психопродуктивной симпто-матики, отражая остроту болезненного процес-са, его «nosos», каждый раз воспроизво́дясь за счет смещения вектора доминанты в сторону дисфункциональности. И.Н. Пятни́цкая (1994), в частности, считает, что наслаждение, даваемое наркотиками, образует стойкую доминирующую систему взгля-дов, подкрепляемую самым сильным факто́ром - аффектом. Попытка актуализировать прежние ин-тересы и привязанности, считает И.Н. Пятни́цкая, «бесплодна до тех пор, пока присутствует и говорит влече́ние. Поэтому, пока есть влече́ние, стремле́нию к выздоровлению и отказу от наркотизации не на чем возникнуть».

В классической наркологии патологи́ческое влече́ние является стержневым синдромом болезней зависи́мости и занимает место симптомов «первого ранга», патогномоничного признака. Многие другие признаки и клинические проявления являются производными от этого основного расстройства (Винникова М.А., 2004). Как фено́мен патоло-гический, влече́ние характеризуется периодично-с

тью протекания и постоянством проявле́ний. Во время актуализации влече́ния и связанные с ним потребно́сти становятся доминирующими, а другие потребно́сти тормозятся. Клинически патологи́ческое влече́ние предста́вляет собой сложный много-компонентный симптомокомплекс, имеющий единую функциональную основу.

В насто́ящее время предложено несколько вари-антов систематизации патологи́ческого влече́ния к психоактивным веществам (ПАВ): первичное и вторичное; экзогенное и эндогенное; ситуационно обусловленное и спонтанное; локальное и генерализованное; обсессивное, компульсивное и импульсивное.

Варианты патологи́ческого влече́ния к ПАВ:

- легкое – тяжелое (Стрельчук И.В., 1956);
- обсессивно-компульсивное (Портнов И.Н., Пятни́цкая А.П., 1973);
- с борьбой мотивов – без борьбы мотивов (Иванец Н.Н., Логинов С.С.);
- парциональное-генерализованное (Альтшуллер В.Б.).

Периодизация патологи́ческого влече́ния к ПАВ:

- Актуализация → насыщение → дезактуали-зация → разрядка
- a) предвестники;
- b) клинические проявления;
- b) проявления, непосредственно предшествую-щие употреблению.

Наибольшее прикладное значение имеет диффе-ренциация патологи́ческого влече́ния на обсессию, компульсию с дополнительным выделением импуль-сивного компонента. Каждый из указанных типоло-гических вариантов охватывает все сферы психи-ческой деятельности и является отдельным этапом в ди-намике единого синдрома патологи́ческого влече́ния.

*Психи́ческое (обсессивное) влече́ние. Обсессив-ное влече́ние является наиболее ранним и стойким симптомом формирующейся наркомании. Термин заимствован из классической психиатрии. Обсессии (лат. *obsessio* - обложение, осада, блокада) - психо-патологические явления, характеризующиеся тем, что определенные содержа́ния многократно возникают в сознании больного, сопровожда́ясь тягостным чувством принудительности (Зиновьев П.М., 1931). Для обсессий характерно непроиз-вольное, даже вопреки воле, возникновение навяз-чивостей при ясном сознании. Хотя навязчивости чужды, посторонни по отношению к психике боль-шого, но освободиться от них больной не в состо-янии. Они тесно связаны с эмоциональной сферой,*

сопровождаются депрессивными эмоциями, чувством тревоги. Будучи симптомообразованиями, по С.Л. Суханову (1912), «паразитическими», они не влияют на течение интеллектуальной деятельности в целом, остаются чужды мышлению, не приводят к снижению его уровня, хотя ухудшают работоспособность и продуктивность умственной деятельности больного. На всем протяжении болезни к навязчивостям сохраняется критическое отношение (В.М. Блейхер, И.В. Крук Толковый словарь психиатрических терминов).

Представления о ПАВ занимают доминирующее положение в психической сфере наркозависимого лица. Психическое влечение выражается в постоянных мыслях о наркотике. С наркотическим веществом связаны потребности, разговоры, сюжеты фантазий и сновидений. Яркие образные представления, как правило, сочетаются с опасением возможного срыва, с попыткой борьбы с ними с применением различных ритуальных (защитных) действий. Данный факт объясняет соотнесение психического влечения с классическими обсессиями.

Однако чаще всего влечение можно установить по косвенным признакам, так как больной не всегда может дать отчет в собственном состоянии. Обращает на себя внимания неадекватно положительная оценка моментов, связанных с наркотизацией либо нарочито двойственная позиция в отношении собственного диагноза. В разговорах пациент старается затрагивать наркотическую тематику, оживляясь по мере повествования.

Обсессия напрямую влияет на настроение, определяя его модальность и динамику в течение суток. При отсутствии наркотика эмоциональный фон характеризуется депремированностью. Объективно можно наблюдать недовольство, неудовлетворенность, раздражительность, безрадостность, впечатлительность, плаксивость наркозависимого лица.

В эмоциональных сдвигах наркозависимого прослеживается закономерность: *по мере удлинения стажа наркотизации происходит усложнение клинической картины аффективных сдвигов. Кроме того, существуют корреляции с преморбидными личностными чертами*. Так, для стеничных радикалов характерны дистимичность, тревожность, раздражительность. У гипостенических личностей преобладают слезливость, пессимистичность, грусть, соматизация состояния. В обоих случаях с течением времени наблюдается нажитая экзогенная лабильность и понижение порога чувствительности к стрессам. Учитывая суточную динамику аффективных нарушений, необходимо подчеркнуть вечерний акцент симптоматики. Закономерное ухудшение эмоциональной сферы наркозависимого лица наблюдается и в выходные дни.

Аффективно насыщенная привязанность отражается и на поведении. Перестраиваются социальная ориентация, привязанности, интересы, меж-

личностные отношения, иерархия ценностей. Внешняя ситуация оценивается с позиций адекватности поискового наркотического поведения, ослабевают установки на труд. Присутствуют в клинической картине обсессий и ажурные вегетативные знаки: легкое покраснение лица, гипергидроз ладоней, гиперсаливация при предъявлении условно-рефлекторных стимулов. Для обсессивного влечения характерен волнообразный тип динамики, то есть с устойчивым присутствием в клинике заболевания. При медикаментозной коррекции возможно послабление симптомов, на фоне наркотизации наблюдается кратковременная редукция. Обострение происходит при условно-рефлекторных сигналах, при неприятных эмоциональных переживаниях, а также на фоне соматических вредностей.

Компульсивное влечение. В классической психиатрии компульсии - (лат. compello - принуждаю). 1. Навязчивые влечения, разновидность навязчивых явлений (обсессий). Характерны непреодолимые влечения, возникающие вопреки разуму, воле, чувствам. Нередко они оказываются неприемлемыми для больного, противоречат его морально-этическим свойствам. В отличие от импульсивных влечений компульсии не реализуются. Эти влечения осознаются больным как неправильные и тягостно им переживаются, тем более что само возникновение их в силу своей непонятности часто порождает у больного чувство страха. 2. Термин компульсии используется и в более широком смысле для обозначения любых навязчивостей в двигательной сфере, в том числе и навязчивых ритуалов. (В.М. Блейхер, И.В. Крук Толковый словарь психиатрических терминов). В наркологии данный термин взят для обозначения влечения к ПАВ, totally охватывающего психическую деятельность.

Формирование компульсии знаменует собой переход наркомании во вторую стадию и появление физической зависимости. Выражается данный феномен в неодолимом стремлении к наркотизации. Влечение, становясь генерализованным, способно подчинять себе все функции организма, в том числе такие инстинкты, как пищевой, половой, защитный. Компульсия влияет не только на мыслительные процессы и аффективный фон, но и всецело определяет поведение наркозависимого лица. Если при обсессии вектор поведения только отклоняется в сторону наркотизации, то при компульсивном влечении он полностью направлен на употребление ПАВ. В мотивационном процессе борьбы мотивов не существует. Углубляются нарушения и перцептивных функций: восприятие выборочно, дискретно; представления отличаются шаблонностью, однобокостью, монотематичностью, мышление катастично, подчиняется актуальной эмоции

Кататимия (греч. katathumeo — падать духом, унывать) (Maier H.W., 1912). Понятие, отражающее влияние эмоциональных факторов (аффектов)

и амбивалентных тенденций (чувств, желаний, опасений) на мыслительную деятельность человека. При этом ассоциативные процессы, идущие в соответствии с аффективно заряженными комплексами, усиливаются в своих проявлениях, а противоречащие им тормозятся. Кататимический аффект присущ определенным группам представлений, каждая из которых в связи с такой аффективной насыщенностью спаивается в единый аффективно-окрашенный комплекс (Ziehen Th.). Силой аффекта объясняется утрата мышлением логичности в отношении комплексных переживаний. Аффект оказывается сильнее очевидности, здравого смысла (В.М. Блейхер, И.В. Крук Толковый словарь психиатрических терминов).

Согласно точке зрения Л.Н. Благова, нарушения мышления являются патогномоничным признаком влечения к ПАВ [1]. Автор выделяет сверхценный, паранойяльный и параноидный типы мышления, лежащие в основе патологической доминанты (синоним влечения). Для компульсии характерны бредовые варианты ассоциативного процесса.

Следующим по значимости компонентом физического влечения к ПАВ являются нейро-сомато-вегетативные сдвиги. Для актуализированного влечения характерны: повышение артериального давления на 5-10 мм рт.ст, учащение пульса на 10-15 в мин, гиперемия кожных покровов, периферический гипергидроз, сухость во рту, мидриаз, блеск глаз, трепор губ, языка, кончиков пальцев вытянутых рук, «летучие» мышечно-суставные боли, дискомфорт в нижних конечностях в вечернее время – «симптом беспокойных ног», нарушение менструального цикла, альгоменоррея, неустойчивость стула, преходящие кардиалгии. На этой стадии максимально выраженным становятся аффективные нарушения, принимая гротескную, утрированную форму. Гипотимия крайне рельефно проявляется в дисфорическом радикале от раздражительности до злобности, тоски с гневливостью. В поведении преобладает психопатоподобная симптоматика: деструктивные тенденции, негативизм, агрессией. Патологическое, компульсивное влечение в постабстинентном состоянии формируется постепенно, в динамике его отчетливо прослеживаются 3 фазы. Первая фаза - продромальная, фаза нарастания симптомов компульсивного влечения (длительность 2-5 дней). Вторая фаза - фаза наивысшего развития симптомов компульсивного влечения с характерными соматовегетативными, неврологическими и психическими проявлениями (длительность 1-2 дня). Третья фаза - фаза спада или обратного развития симптоматики компульсивного влечения, характеризующаяся в большей степени психопатологическими и поведенческими нарушениями (длительность 5-7 дней).

Первая фаза характеризуется ухудшением психического состояния. Настроение меняется, перио-

дически появляется раздражительность, нарушаются сон, аппетит. Больные заторможены, выглядят вялыми, хмурыми, подавленными; они безучастны к жизни семьи и окружающим их людям в больнице. Проявляют недовольство при попытке поговорить с ними или о чем-то спросить. Выражают недовольство лечением, не верят в возможность выздоровления. Одновременно появляются различные сенестопатии, прежде всего зубная боль, боль в области сердца, тяжесть в желудке, неприятные ощущения в области печени, живота. Жалобы, кроме зубной боли, непостоянны и активно не высказываются. Через 1-3 дня подавленность уступает место раздражительности с суетливостью, беспокойством, непоседливостью, несдержанностью, стремлением уйти из больницы или из дома. Они обычно становятся «деятельными», приводят массу доводов, по какой причине им надо уйти, при отказе поведение становится психопатичным, появляются злобность, гневливость. Ухудшаются сон и аппетит. Выражены и вегетативные нарушения - бледность, умеренная потливость, тахикардия, колебание артериального давления с преобладающей тенденцией к гипертензии, тошнота.

В состоянии нарастающего компульсивного влечения больных подростков нелегко удерживать в отделении. Свое настойчивое требование выписки пациенты не связывают с обострившимся влечением к героину, они его аргументируют неотложными семейными или производственными делами. В этом периоде у больных наиболее сильно выражена потребность «чем-то оглушить себя». Они безотказно принимают лекарства, назначенные внутривенно, менее охотно - внутримышечные инъекции и категорически отвергают таблетки, которые, по их утверждениям, не помогают, а только ухудшают их состояние.

Вторая фаза психопатологически характеризуется психомоторным возбуждением и аффективной патологией. Психомоторное возбуждение высоко организовано и узко направлено. Подростки убегают из дома и принимают героин, в отделении же их поведение направлено на поиск наркотика высокой активностью. Контакт с окружающими обрывается, за исключением тех лиц, которые могли бы достать или посодействовать в приобретении наркотиков. Больные кажутся неспособными к концентрации внимания, однако при этом проявляют изощренную изобретательность в поисках наркотиков, в установлении контактов с другими наркоманами или с лицами, пришедшими в больницу навестить своих друзей.

Аффективная сфера представлена дисфорией с готовностью к агрессии. Можно говорить об аффективно суженном расстройстве сознания. К эмоциональным нарушениям присоединяются переживания кататимного содержания, с персеверацией мышления. Появляются параноидная настроенность

к персоналу, родным, «друзьям», полная некритичность к своему поведению. Личностные особенности больных слаживаются. Они становятся похожими друг на друга.

Характерны изменения со стороны соматовегетативной и неврологической сферы. Больные бледны, нередко с красными пятнами на щеках, с лихорадочным сухим блеском глаз; глазные щели более широкие, чем обычно, зрачки умеренно расширены, реакция зрачков на свет живая. Слизистые носовой полости и губ сухие. Язык слегка обложен беловатым налетом, влажный. Дыхание учащено до 32 дыхательных движений в минуту. Тоны сердца звучные, акцент II тона на аорте, тахикардия до 120 ударов в минуту. Артериальное давление повышается до 150/100 - 140/90 мм рт. ст. Мышцы скелетной мускулатуры напряжены, сухожильные и периостальные рефлексы высокие, зоны их расширены. Выражен мелкоразмашистый трепет кистей рук, кончика языка. Отмечаются частое мочеиспускание, умеренная потливость подмышечных впадин, ладонных поверхностей.

В период выраженного компульсивного влечения состояние больных тяжелое; это не только отмечают они сами, но и персонал отделения, и семья. Они устраивают ссоры, драки, конфликты в семье.

У больных полностью пропадает аппетит, нарушается сон, они находятся в постоянном движении, ночами почти не спят, часто курят, нарочито шумят, ходят по коридору, грубят персоналу, выпрашивают чай, снотворные, изводя персонал своими требованиями и капризами. Длительность этого периода 1-2 дня, затем под действием наркотиков возникает истощение симпатико-адреналовой системы, и больные уже не могут длительно находиться в психическом напряжении.

Третья фаза начинается снижением интенсивности аффективных расстройств. Появляются раздражительная слабость, истощаемость, слезливость, колебания настроения с подавленностью и пессимистическими суждениями по поводу своего выздоровления и будущего. Спад компульсивного влечения сопровождается выраженной физической слабостью, повышенной утомляемостью, нарушением засыпания. В соматоневрологическом статусе отмечаются легкий гипергидроз (чаще небольшая потливость ладоней), постепенное снижение артериального давления с колебаниями в

пределах 110/70 - 90/50 мм рт. ст. Улучшается деятельность сердца, органов дыхания. Постепенно восстанавливаются аппетит, спустя некоторое время - сон.

По мере обратного развития компульсивного влечения вновь начинают приступать личностные черты больных, делающих их поведение различным. На фоне обратного развития компульсивного влечения снова может обостряться влечение к героину под влиянием микросоциума, разговоров о наркотиках, нежелания лечиться. Таким образом, для компульсивного влечения характерен циклический тип динамики.

Импульсивность - болезненная форма поведения, при которой действия больного совершаются в связи с непреодолимыми влечениями, побуждениями, протекают насильственно, автоматизировано, не контролируются сознанием.

Импульсивное действие - одно из проявлений импульсивности. Действие совершается мгновенно, без обдумывания, под влиянием аффекта, без борьбы мотивов, оно кратковременно и нередко вовсе немотивировано (В.М. Блейхер, И.В. Крук Толковый словарь психиатрических терминов).

Импульсивное влечение. Для данного типа патологического влечения к ПАВ характерна максимальная выраженность психопатологической симптоматики, последовательное вовлечение синтезирующей функции сознания. Восприятие дискретно, фрагментарно. Мышление становится отрывочным, хаотичным. Контакт с таким больным непродуктивен. Аффект крайне напряжен, неустойчив, легко истощаем. Поведение чаще немотивировано, неупорядоченное, автоматизировано. Чаще после двигательных разрядов с деструктивными действиями характерен критический выход из состояния через сон, с частичной амнезией. Для импульсивного влечения характерен пароксизмальный тип динамики, отличающийся приступообразным началом, кратковременностью [2]. Чаще всего данный тип влечения характерен для наркозависимых лиц с эпилептоидными чертами личности, потенцированными экзогенными вредностями.

Таким образом, патологическое влечение к наркотику является сложным многокомпонентным образованием, имеющим собственную динамику. Клиническое распознавание синдрома требует комплексной оценки состояния наркозависимого лица, позволяющей определить паттерн течения заболевания в целом.

Список использованной литературы:

1. Благов Л.И. *Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект.* - М.: Гениус, 2005. - 316 с.
2. Клименко Т.В., Субханбердина А.С. *Синдромокинез патологического влечения к опиоидам // Наркология.* – 2002. - № 11. – С. 31-34.

ПАТОГЕНЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

М.В. Прилуцкая - Сущенко, А.А. Кусаинов, М.К. Маликов

г. Павлодар

Введение

Клиника зависимости от психоактивных веществ представлена комплексом психопатологических синдромов, формирующихся в определенной последовательности по мере развития заболевания:

I. Основные психопатологические синдромы преморбida:

- психопатический синдром;
- резидуально-органический синдром;
- синдром дефицитарной (наркоманической) личности.

II. Основные психопатологические синдромы, связанные с употреблением ПАВ:

- синдром острой интоксикации психоактивным веществом;
- синдром патологического опьянения.

III. Основные психопатологические синдромы, связанные с формированием собственно химической зависимости:

- синдром зависимости;
- большой наркоманический синдром;
- синдром патологического влечения к ПАВ;
- острый абстинентный синдром;
- подострый абстинентный синдром;
- псевдоабстинентный синдром;
- астенический синдром;
- тимопатический синдром;
- синдром анозогнозии;
- синдром когнитивного дефицита
- психопатоподобный синдром (нажитая психопатизация);
- висцеропатический (эндокрино - и иммуноневрологический) синдром.

IV. Основные психопатологические синдромы исходного этапа формирования зависимости от ПАВ:

- синдром Бройтигама;
- синдром органического расстройства личности (характеропатический вариант психоорганического синдрома по Е. Блейлеру);
- синдром органического слабоумия (деменции);
- амнестический синдром.

V. Психотические синдромы.

Среди указанного перечня синдромов одно из центральных мест в клинике наркоманий занимает *патологическое влечение к психоактивному веществу*.

В настоящий момент в современной наркологии нет однозначного мнения относительно таксономии данного феномена. Одни ученые выделяют патологическое влечение в качестве отдельного синдрома, другие - в виде компонента синдрома зависи-

симости (А.А. Портнов), третьи относят его к системе «наркоманической доминанты» (Л.Н. Благов), четвертые видят в нем лишь неспецифичное расстройство сферы влечений (В.А. Пузиенко).

Патологическое влечение к ПАВ является одним из ранних, устойчивых проявлений заболевания. Оно обуславливает рецидивирующее, циклическое течение наркомании, а также отражает постадийное углубление болезненного процесса [9].

Механизм патологического влечения, как и наркомании в целом, состоит из сложной системы патогенетических звеньев. Основной компонент этой цепи заключен в специфических нейрогуморальных и нейрофизиологических сдвигах в центральной нервной системе (ЦНС).

Система подкрепления

Формирование психофизической зависимости и патологического влечения к наркотику происходит при непосредственном участии эндогенной системы подкрепления. Эта система участвует в обеспечении регуляции эмоционального состояния, настроения, мотивационной сферы, психофизического тонуса, поведения человека в целом, его адаптации к окружающей среде. Анатомически данная система соответствует лимбическим структурам мозга, объединяющим обонятельный мозг, перегородку, гиппокамп, гипоталамус, амигдалярные тела, поясную извилину и энториальную кору. Функционирование этих образований происходит за счет множества медиаторов: дофамина, адреналина, серотонина, ацетилхолина, олигопептидов (опиоидов, субстанции Р, брадикинина, ангиотензинов).

Особенностью лимбической системы является то, что между её структурами имеются простые двусторонние связи и сложные пути, образующие множество замкнутых кругов. Такая организация создаёт условия для длительного циркулирования одного и того же возбуждения в системе и, тем самым, сохранения в ней единого состояния и навязывание этого состояния другим системам мозга. Это, с одной стороны - обеспечивает функциональное взаимодействие между частями лимбики, с другой - создаёт условия для запоминания.

В настоящее время экспериментальным путем ученым удалось дифференцировать так называемые зоны «положительных и отрицательных эмоций». Так, определено, что зоны позитивного подкрепления сконцентрированы в латеральных отделах заднего гипоталамуса, функционируя за счёт дофамина и норадреналина. Зоны отрицательного подкрепления, раздражение которых приводит к выраженному

ным отрицательным эмоциям, расположены в перивентрикулярных отделах среднего и промежуточного мозга, функционируя за счёт субстанции Р. Двухмодальное строение системы промежуточного мозга обеспечивает реализацию эмоционально-мотивационного поведения.

В норме лимбика составляет часть функциональной системы, направленной на удовлетворение той или иной физиологической потребности, и определяет выбор и реализацию адаптационных форм поведения. Образования промежуточного мозга настроены на принятие информации о состоянии внутренней среды организма и обеспечивают инициацию поведения для сохранения внутреннего гомеостаза (голод, жажда, половые реакции).

Функционирует лимбическая система условно в двух основных режимах: потребностное состояние, состояние удовлетворенной потребности.

В режиме потребностного состояния (состояние актуальной, существующей, неудовлетворенной потребности) возбуждаются зоны миндалины и гиппокампа, происходит выброс «физиологической» дозы нейромедиатора, активизируются большие полушария мозга, инициируется поведенческая активность.

При удовлетворении потребности, иначе при сенсорном насыщении, сигналы снова поступают в лимбическую структуру, на сей раз функционирующую в виде акцептора результата деятельности. В этом случае происходит выброс «физиологической дозы» эйфоригенных олигопептидов (эндорфины, энкефалины). Таким образом, формируется полноценная положительная эмоция, которая завершает поведенческий акт.

Роль лимбической системы в формировании патологического влечения к ПАВ

Введение наркотических веществ в организм нарушает чёткий механизм работы лимбической системы сразу в нескольких направлениях.

Во-первых, ПАВ напрямую взаимодействует с естественными рецепторами эмоциогенных мозговых структур. В результате формируется искусственная эмоциональная реакция без исходной биологической потребности. Иначе говоря, при эпизодических введениях наркотика (до формирования зависимости) лимбическая система «намеренно переключается» на генерацию положительных эмоций.

Во-вторых, при взаимодействии ПАВ с естественными рецепторами лимбики происходит сверхвысокое высвобождение медиатора. В частности наркотики опийной группы, связываясь с опиатными рецепторами, стимулируют гипертрофированный выброс катехоламиновых веществ (дофамина, серотонина, адреналина).

Таким образом, с точки зрения патофизиологии в организме возникает патологическая реакция, то

есть кратковременная необычная реакция на какое-либо воздействие [5]. Приятные ощущения и эйфория, возникающие при активации подкрепляющей системы опиатами, заставляют индивидуум активно стремиться к повторению этих ощущений.

Повторные введения наркотика инициируют трансформацию патологической реакции в патологический процесс.

Патологический процесс – сочетание патологических и защитно-приспособительных реакций в поврежденных тканях, органах или организме, проявляющихся в виде морфологических, метаболических и функциональных нарушений [5]. В результате длительного воздействия ПАВ на структуры ЦНС реорганизуется синаптоархитектоника. Так, на фоне повреждения прежних синаптических образований возникают новые нейрональные связи, не характерные для здорового головного мозга. Таким образом, формируется патологическая функциональная система, характеризующаяся устойчивостью, ригидностью, дезадаптивностью, и поддерживающая патологический гомеостаз. Базой стабилизации процесса является формирование долговременной памяти аномального реагирования.

Лимбика, измененная под воздействием регулярного ввода наркотика, становится центром патологической системы, подчиняя себе остальные отделы головного мозга. Клинически это проявляется перестройкой интересов, изменением паттернов поведения, смещением волевого вектора наркозависимого, и, конечно, влечением к наркотику.

Жёсткость такой патологической системы объясняет хронический характер заболевания, его рецидивирующее течение. Патологическая система может работать как в постоянном режиме, так и включаться самопроизвольно, обусловливая волнообразное или циклическое и пароксизмальное течение влечения к наркотику.

Функционирует патологическая система за счёт механизмов памяти, причём ведущая роль принадлежит нейрохимическим и нейрофизиологическим механизмам эмоциональной памяти. Образы испытанных ранее эйфорических ощущений играют роль патологической доминанты, легко возникающей по поводу разнообразных впечатлений и раздражителей. С течением времени по мере повышения активности доминанты её могут стимулировать всё менее специфичные триггеры. Сопоставим, клинически с углублением заболевания количество факторов, провоцирующих патологическое влечение к ПАВ, увеличивается, отдаляясь от контекста наркоманической тематики.

Из всех матриц долговременной памяти именно эмоциональная память обладает наибольшей устойчивостью - отсюда становятся понятными причины неполной эффективности и трудностей лечения хронических заболеваний мозга, особенно болезней зависимости.

На клеточном уровне в процессе наркотизации происходит перестройка генетического аппарата нейроцита, изменяется структура РНК, как следствие происходит синтез извращенных следовых белков, закрепляющих новые энграмммы памяти.

В отличие от физиологических потребностей при удовлетворении потребности в наркотике изменён эмоциональный ответ организма. В данном случае прослеживается связь со стадией наркомании.

При однократных введениях наркотика аффективный маятник искусственно отклоняется в сторону положительных эмоций, приходя затем в исходное положение. В I стадии наркомании - колеблется между отрицательными и положительными знаками. Наконец, во II и исходной стадии - движется между отрицательными и нейтральными значениями.

Как упоминалось выше, при единичных поступлениях наркотика лимбическая система работает «вхолостую», то есть положительная эмоция генерируется без акцепции деятельности. С течением времени в результате нейромедиаторной перестройки (дефицит эндогенных опиатов, дофамина) в организме появляется новый вид потребностного состояния – потребность в наркотике (экзогенных опиоидах). Таким образом, лимбика вновь начинает выполнять роль акцептора деятельности. Завершается формирование патологической функциональной системы. Афферентация в данной системе теперь настроена на отслеживание уровня измененного обмена нейромедиаторов [8].

Роль нейромедиаторов в генезе патологического влечения к ПАВ

Как известно, при наркомании усилен синтез, высвобождение и распадmonoаминов, снижен обмен эндогенных опиоидов. Повышение оборота основных нейромедиаторов исполняется нервной системой с приспособленческой целью в ответ на искусственную гиперстимуляцию наркотиками. Однако в этом случае адаптация неустойчива и приводит к возникновению порочного круга («*circulus vitiosus*») [6].

Повторные приёмы ПАВ ведут к истощению запасов нейромедиаторов, что проявляется недостаточно выраженным возбуждением системы подкрепления при поступлении «нормального» импульса. Психофизически у человека это выражается падением настроения, ощущением вялости, слабости, переживаниями скуки, эмоционального дискомфорта, депрессивными симптомами. Приём психоактивных веществ на этом фоне вновь вызывает дополнительное высвобождение нейромедиаторов из депо, что временно компенсирует их дефицит в синаптической щели и нормализует деятельность лимбических структур мозга. Этот процесс сопровождается субъективным ощущением улучшения состояния, эмоциональным и психи-

ческим возбуждением и т.д. Однако свободные катехоламины вновь быстро разрушаются, что приводит к дальнейшему падению уровня их содержания, ухудшению психоэмоционального состояния и, соответственно, к стремлению вновь использовать наркотик.

При длительном употреблении алкоголя и наркотиков может развиться дефицит нейромедиаторов, причем угрожающий жизнедеятельности организма. В качестве механизма компенсации этого явления выступают усиленный синтез катехоламинов и подавление активности ферментов их метаболизма, в первую очередь моноаминоксидазы и дофамин-бета-гидроксилазы, контролирующие превращение дофамина в норадреналин. Таким образом, стимулируемый очередным приёмом ПАВ выброс катехоламинов и их ускоренное избыточное разрушение сочетаются с компенсаторно-усиленным синтезом этих нейромедиаторов. Происходит формирование ускоренного кругооборота катехоламинов. Теперь при прекращении приёма наркотика, то есть в период абstinенции, усиленное высвобождение катехоламинов из депо не происходит, но остаётся ускоренный их синтез. Вследствие изменения активности ферментов в биологических жидкостях и тканях (главным образом, в мозге) накапливается один из катехоламинов - дофамин. Именно этот процесс обусловливает развитие основных клинических признаков абстинентного синдрома: высокой тревожности, напряженности, возбуждения, подъёма артериального давления, ускорения пульса, появления других вегетативных расстройств, нарушения сна, возникновения психотических состояний и т.п.

Описанные выше изменения нейрохимических функций мозга являются основой формирования физической зависимости от психоактивных препаратов. Уровень дофамина в крови чётко коррелирует с клинической тяжестью абстинентного синдрома; превышение его исходных показателей в 2 раза сочетается с картиной тяжелого абстинентного синдрома, а при превышении в 3 раза, как правило, развивается острое психотическое состояние.

Дофаминергические механизмы задействованы в большей степени, чем другие медиаторы при формировании условных реакций и в мотивационных процессах, связанных с опиоидной зависимостью. Функции дофамина - обеспечивать целенаправленный поиск наркотика.

Следует отметить и участие в наркотической зависимости кортиколиберина, который взаимодействует с вазопрессином и опиоидными пептидами, а также с моноаминами гипоталамуса и через этот механизм осуществляет влияние на поведенческие реакции и память, мотивации и эмоции.

Нарушение функционального баланса гормональных факторов кортикотропина, а также кортиколиберина (регулирующих секрецию эндорфинов), является причиной новых мотиваций.

Существует мнение, что формирование физической зависимости и абстинентного синдрома связано с изменением в голубоватом пятне. Нейроны голубоватого пятна синтезируют норадреналин и распределяют его по другим отделам мозга, обусловливая тем самым общий уровень возбудимости, тонус вегетативных функций. Опиаты, взаимодействуя с опиоидными рецепторами на нейронах голубоватого пятна, подавляют синтез норадреналина в нервных окончаниях. В результате этого наблюдаются такие признаки интоксикации опиоидами, как сонливость, замедление дыхания, снижение кровяного давления. По мере повторения воздействия опиатов нейроны голубоватого пятна перестраиваются, увеличивая свою активность, в результате чего из нервных окончаний выделяется нормальное количество норадреналина. Во время абстиненции опиаты перестают оказывать подавляющее действие на нейроны голубовато пятна. Большое количество выделяющего норадреналина объясняет клиническую симптоматику абстиненции.

Перестройка работы нейронов центральной покрышки определяет еще один важный компонент физической зависимости. Уменьшение выброса дофамина в окончаниях нейронов нарушает восприятие нормального положительного подкрепления при удовлетворении биологических и социальных потребностей. Возникает снижение эмоциональности и депрессия.

В динамике ремиссии у больных со сформированной физической зависимостью наблюдаются типичные колебания уровня дофамина: в начальном её периоде он несколько повышен, затем, как правило, остаётся ниже нормы. Очевидно, дефицит дофамина в подкрепляющих структурах мозга является основой остающегося патологического влечения к наркотикам и высокой вероятности рецидива заболевания.

Роль пейсмекерных клеток гипоталамуса в генезе патологического влечения к ПАВ

В настоящее время учеными сформулирована концепция пейсмекерной роли гипоталамических центров в формировании основных биологических мотиваций [7]. Согласно данной концепции структуры латерального гипоталамуса могут удерживать в активации другие, связанные с ними образования мозга. Данная закономерность распространяется и на мотивацию наркотизации.

Первичное возбуждение гипоталамуса обеспечивает специфическую интеграцию мотивационного возбуждения.

Для любого пейсмекера в организме характерны следующие свойства:

- 1) спонтанная ритмическая деполяризация, входящих в него элементов;
- 2) повышенная возбудимость к воздействиям гуморальной и нервной природы;

- 3) повышенная чувствительность к химическим, в том числе фармакологическим воздействиям;
- 4) генерализованное распространение возбуждения из пейсмекера по структурам функционально связанных с ним тканей.

При аддиктивном поведении хроническая стимуляция пейсмекеров приводит к потере их специфичности, включению в интеграцию качественно новых мотивационных состояний по типу «сдвига мотива на цель» [3]. Деятельность субъекта начинает определяться не столько информационной или виртуальной моделью исходного потребного результата действия, сколько эмоциональным предвосхищением его достижений. Стабилизация вновь установленных мотивационных отношений сопровождается сращиванием мотивационной и исполнительной частей поведенческих актов через формирование поведения «здесь и теперь».

Таким образом, преобразование мотивационного звена активности сначала будет осуществляться вторично, а затем перейдет в стадию саморазвития и стабилизации по законам доминанты. В этих условиях в структуру исходной базовой мотивации будет включаться новый направляющий компонент в составе эмоционального предвосхищения состояния наркотического опьянения.

Факторы, влияющие на скорость формирования зависимости от ПАВ

Одним из основных параметров, влияющих на скорость формирования зависимости к ПАВ и, как следствие, на динамику патологического влечения, является сопутствующий стресс.

Опытным путём доказано, что эмоциональный стресс стимулирует ускоренное возникновение пристрастия к опиоидам. Данная корреляция объясняется следующим. Отрицательные эмоциональные реакции в условиях экзогенного стресса увеличивают чувствительность к эндогенным опиатам, и как следствие - в условиях наркотизации усиливается ответ лимбики на введение ПАВ.

К факторам, способствующим прогрессированию наркомании относят: черепно-мозговые травмы, воздействие ПАВ во время гестационного периода, уменьшение массы тела, ограничение питания, социальную изоляцию, доминирующее положение в иерархии отношений «изобилующая среда», чрезмерное стремление к эмоциональным контактам, снижение побудительной силы мотивов личности, социальный стресс [2]. Кроме того, учёными проводится работа по изысканию генетических маркеров предрасположенности к наркомании.

Выявлено, что одной из основных нейрофизиологических предпосылок высокой мотивации потребления ПАВ является врожденная недостаточность активности «системы награды» (подкрепления) мозга.

Анализ всей совокупности данных позволяет заключить, что у больных наркоманией с семейной отягощённостью этим заболеванием имеется системное нарушение функций дофаминовой системы. В первую очередь, это дефицит свободных форм дофамина, который выполняет нейромедиаторные функции. Причиной такого дефицита, вероятно, является сниженный синтез дофамина и усиленное его дезаминирование. Снижение уровня дофамина, увеличение количества продуктов распада медиатора наблюдается и в ремиссионный период заболевания.

Однако зависимость от психоактивных веществ и индивидуальная предрасположенность к злоупотреблению ПАВ, несомненно, имеют полигенную природу. Если останавливаться только на дофаминовой нейромедиаторной системе, то в основе дефицита её функции в лимбических отделах мозга могут лежать замедленный синтез дофамина, ускоренное его разрушение, активация обратного захвата, низкая чувствительность и малая плотность рецепторов, неадекватный ответ аденилатциклазы на нейромедиаторы и др. Каждый из этих процессов регулируется специфическим геном. Таким образом, только на уровне регуляции функции дофаминовой системы речь может идти о полигенной патологии. Считая, что основным звеном предрасположенности к злоупотреблению ПАВ является дефицит ДА нейромедиации в лимбических отделах не исключается при этом роль и других нейрохимических систем - серотониновой, гаммааминомаслянокислотной, опиатной и др., что еще больше расширяет возможность участия и других генов.

Электрофизиологические механизмы развития патологического влечения к ПАВ

Наиболее доступным и широко используемым показателем процессов, протекающих в центральной нервной системе человека, служит электрическая активность различных структур мозга. Поскольку функциональная система целенаправленного поведенческого акта образована согласованной работой многих структур и нейронов, то для нейрофизиологического изучения системных процессов одинаково важным является как выяснение временных характеристик в каждой отдельной структуре, так и их соотношения между собой. Локальные процессы, протекающие в различных структурах и выполняющие определенные функции, должны быть связаны именно с этими специфическими функциями, с которыми можно сопоставить и электрофизиологические феномены, регистрируемые в конкретных структурах мозга.

По современным данным, активность определенных участков мозга представляет собой сумму многих процессов, протекающих в их ткани. Поэтому суммарная электрическая активность определен-

ных структур мозга может служить показателем их состояния и динамики процессов, протекающих в макроструктурах. С этой целью исследователями и осуществляется регистрация суммарной электрической активности различных образований мозга. В настоящее время вызванные потенциалы мозга, изучение которых представляет большой интерес, регистрируются от таких образований, как кора головного мозга, периферические нервы, корешки спинного мозга, стволовые ядра, подкорковые образования.

Биоэлектрические процессы в лимбике специфичны и отражают исполняемые ей функции. Здесь чаще всего активность характеризуется: быстрыми бета-ритмами (14-30 в секунду) и медленными тета-ритмами (4-7 в секунду). Причём эти ритмы чаще всего возникают не синхронно, а реципрокно: в период усиления медленной активности в одних отделах лимбики, в других – возникает десинхронизация. Тета-ритм нарастает при ориентировочной реакции и при реакции пробуждения, в это время в полушариях головного мозга развивается десинхронизация. Реципрокность коры больших полушарий и лимбики наиболее выражена при афферентных раздражениях. При этом если раздражение новое, то в больших полушариях усиливается десинхронизация, а в лимбике – тета-ритм. Значение тета-ритма состоит в том, что он отражает реакцию лимбики и, тем самым, ее участие в ориентированном рефлексе, реакции настороженности, повышения внимания, в динамике обучения. Тета-ритм наблюдается при высоком уровне эмоционального напряжения – страхе, агрессии, голоде, жажде.

Нейронная работа лимбики отличается выраженной фоновой активностью. В ответ на сенсорное раздражение реагирует до 60% нейронов. Особенность строения лимбической системы, взаимосвязанные модули – обуславливают цикл генерирования в нем возбуждения, что выражается в длительной реакции (до 12 секунд) нейронов на однократный короткий стимул [4].

В настоящее время эффективным методом, позволяющим у человека неинвазивным способом выявлять функциональные и структурные изменения в центральной нервной системе под влиянием различного рода интоксикаций, является метод регистрации стволовых слуховых вызванных потенциалов (ССВП). Это один из наиболее современных электрофизиологических методов, применяемых в клинической нейрофизиологии, суть которого состоит в том, что с помощью электродов, помещённых на скалы, можно оценивать функциональное состояние стволовых структур головного мозга человека. Регистрируемые при этом потенциалы развиваются в течение первых 10 мс после подачи раздражителя, состоят из 5-7 волн и отражают активность различных участков ствола головного мозга (D.L. Jewett et al., 1971). Метод отведения ССВП ши-

роко применяется в клинической нейрофизиологии и в специальных экспериментальных исследованиях, посвящённых действию ПАВ на мозг человека. Чаще всего при регистрации слуховых вызванных потенциалов отслеживают поздний положительный компонент с латентным периодом около 300 мс, обозначаемый как волна P300, отражающий активность ассоциативных процессов в головном мозге. При острой, однократной наркотизации происходит снижение амплитуды всех волн ЦНС, при возникновении заболевания и становлении синдрома зависимости изменения касаются позднего волнового компонента электроэнцефалограммы (Ю.Л. Арзуманов, А.А. Абакумова, 2000).

В настоящее время распространено мнение, что патогенетическим механизмом влечения к ПАВ служит хронический пароксизмальный процесс («хронический эпилептогенез»), локализованный в лимбических структурах мозга. Пароксизмальная активность по своим волновым характеристикам очень близка к дельта-ритму электроэнцефалограммы. Данный ритм отражает участие лимбико-ретикулярного комплекса.

В исследовании, проведенном Альтшулером В.Б., Кравченко С.Л. (2003) осуществлено картирование

электрической активности головного мозга во время обострения патологического влечения к ПАВ. В покое дельта-активность концентрировалась в затылочной области, при предъявлении стимула, провоцирующего влечение, дельта-активность усиливалась, разливаясь по всему скальпу. Проводимая на втором этапе эксперимента терапия финлепсином заметно снижала спонтанную дельта-активность [1].

Заключение

Таким образом, механизмы, лежащие в основе химической зависимости неоднородны, находятся в сложных структурных взаимосвязях. Системному усвоению патогенеза опиоидной зависимости способствует анализ её составляющих - патологических процессов. Примером тому служит описание механизмов возникновения и персистенции патологического влечения к ПАВ. До настоящего момента учёными проведено множество разносторонних исследований, в ходе которых установлена схематичная канва возникновения патологического влечения. Детальное последовательное описание данного феномена ещё впереди.

Список использованной литературы:

1. Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л. Топографическое картирование ЭЭГ при обострении патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом // Наркология. 2003 - № 2. - С. 21-25.
2. Воробьева Т.М. Природа, факторы и механизмы формирования зависимости от психоактивных соединений // Наркология. – 2004. - № 1. - С. 34-40.
3. Котов А.В. Две патологические модели зависимого поведения (теоретико-экспериментальное обоснование) // Наркология. – 2003. - № 8. - С. 5-13.
4. Основы физиологии человека / под ред. Б.И. Ткаченко – С-Пб, 1994. - т. 2. - С. 38-41.
5. Патологическая физиология / под ред. А.Д. Адо и В.В. Новицкого. - Издательство Томского университета, 1994.
6. Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. - гл. 3.
7. Судаков К.В. Гипоталамические пейсмекеры биологических мотиваций как основа формирования алкогольного влечения // Наркология. – 2002. - № 2. - С. 15-30.
8. Судаков С.К., Судаков К.В. Церебральные механизмы опиатной зависимости // Наркология. – 2003. - № 1. – С. 38-43.
9. Клименко Т.В., Субханбердина А.С. Синдромокинез патологического влечения к опиоидам // Наркология. – 2002. - № 11. - С. 31-34.

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ФЕНОТРОПИЛА В ЛЕЧЕНИИ АСТЕНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

С.В. Перевалова

г. Экибастуз (Павлодарская обл.)

Введение

Лечение больных с органической патологией является важным вопросом психиатрии и психофармакотерапии, так как они преобладают среди лиц, состоящих на учёте, и выписанных больных из стационара. Применение транквилизаторов и антидепрессантов не всегда достигает своей цели из-за наличия побочных действий, а повышение доз нередко приводит к развитию осложнений, особенно на фоне сопутствующей соматической патологии. В лечении больных с органическими заболеваниями головного мозга автором использовался препарат Фенотропил.

Фенотропил был разработан в Институте медико-биологических проблем (Россия) в качестве средства, повышающего физическую и психическую работоспособность космонавтов на различных этапах космических полетов. После того, как фенотропил продемонстрировал свою высокую эффективность в качестве препарата, позволяющего космонавтам преодолевать высокие нагрузки космического полета, он перешёл и в гражданскую медицину. Фенотропил – это ноотропный препарат. Препарат по информации производителя:

- оказывает выраженное антиамнестическое действие;
- активирует интегративную деятельность головного мозга;
- способствует консолидации памяти;
- улучшает концентрацию внимания и умственную деятельность;
- облегчает процессы обучения;
- ускоряет передачу информации между полушариями головного мозга;
- повышает устойчивость тканей мозга к гипоксии и токсическим воздействиям;
- обладает противосудорожным действием и анксиолитической активностью;
- регулирует процессы активации и торможения ЦНС;
- улучшает настроение.

Фенотропил оказывает положительное влияние на обменные процессы и кровообращение головного мозга, стимулирует окислительно-восстановительные процессы, повышает энергетический потенциал организма за счет утилизации глюкозы, улучшает регионарный кровоток в ишемизированных участках головного мозга. Препарат повышает со-

держание норадреналина, дофамина и серотонина в головном мозге. Не влияет на уровень содержания ГАМК, не связывается с ГАМК б- и в-рецепторами, не оказывает значительного влияния на спонтанную биоэлектрическую активность мозга.

Фенотропил не оказывает влияния на дыхательную и сердечно-сосудистую системы; оказывает слабовыраженное диуретическое действие. Он обладает анорексигенной активностью при курсовом применении. Фенотропил оказывает умеренно стимулирующее действие в отношении двигательных реакций, повышает физическую работоспособность. Умеренный психостимулирующий эффект препарата сочетается с анксиолитической активностью. Фенотропил улучшает настроение, оказывает анальгезирующее действие, повышая порог болевой чувствительности, оказывает адаптогенное действие, повышая устойчивость организма к стрессу в условиях повышенных психических и физических нагрузок, при утомлении, гипокинезии и иммобилизации, при низких температурах.

Применение фенотропила следует считать показанным при заболеваниях центральной нервной системы различного генеза (особенно заболевания сосудистого генеза или связанные с нарушениями обменных процессов в головном мозге и интоксикацией, например, при посттравматических состояниях и явлениях хронической цереброваскулярной недостаточности), сопровождающиеся ухудшением интеллектуально-мнестических функций, снижением двигательной активности, невротических состояниях, проявляющихся вялостью, повышенной истощаемостью, снижением психомоторной активности, нарушением внимания, ухудшением памяти, нарушением процессов обучения, депрессиях легкой и средней степени тяжести, психоорганические синдромы, проявляющиеся интеллектуально-мнестическими нарушениями и апатико-абулической симптоматикой, а также апатичные состояния при шизофрении. Препарат показан при судорожных состояниях, ожирении (алиментарно-конституционального генеза), а также при профилактике гипоксии, для повышения устойчивости к стрессу, при коррекции функционального состояния в экстремальных условиях профессиональной деятельности с целью предупреждения развития утомления и повышения умственной и физической работоспособности, коррекции суточного биоритма, инверсии цикла «сон-бодрствование». Фенотропил ис-

пользуется при лечении алкоголизма (с целью уменьшения симптомов астении, депрессии, интеллектуально-мнестических нарушений).

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 22 больных с выраженным астеническим синдромом органического генеза, проходивших стационарное лечение в городском психоневрологическом диспансере (ГПНД) г. Экибастуз. Возраст больных составлял 20-35 лет. Из них - 11 мужчин и 11 женщин. Длительность заболевания составляла 5-11 лет. В клинической картине проявлялись в рамках астенического синдрома головные боли, рассеянность, раздражительность, чрезмерная утомляемость, забывчивость.

Для лечения вышеописанных состояний дополнительные средства не применялись. Фенотропил использовался однократно в дозе 100 мг утром. Применение такой монотерапии быстро приводило к побледнению жалоб, нормализации эмоционального фона. Это хорошо сказывалось на психическом состоянии больных в связи с отсутствием побочных лекарственных эффектов. К относительным побочным эффектам можно отнести снижение аппетита, незначительное снижение массы тела

за период терапии, что пациенты отнесли к благоприятному фактору.

Результаты исследования

Под влиянием монотерапии у больных с астеническими расстройствами отмечался положительный эффект, который проявлялся в быстрой редукции остроты симптоматики, уменьшении церебрастенических проявлений, тимостабилизирующем действии. Каких-либо заметных побочных действий проводимой терапии отмечено не было, что позволяло добиться более качественного оказания лечебной помощи у больных астенической симптоматикой и положительного отношения самих больных к монотерапии.

Выводы

Таким образом, применение монотерапии в лечении у больных с астенической симптоматикой различного генеза целесообразно и приводит к заметному положительному эффекту- уменьшению выраженности астенических, церебрастенических явлений, тимостабилизирующему действию - редукции депрессивных расстройств, упорядочению поведенческой активности, нормализации сна. Каких-либо отрицательных эффектов терапии отмечено не было.

Литература:

1. Авруцкий Г.Я. *Лечение психически больных*. - М.: Медицина, 1988.
2. *Неврология и психиатрия*. – Vidal, 2009.
3. Тиганов А.С. *Руководство по психиатрии*. - М.: Медицина, 1999, - т. 1-2.

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

К ВОПРОСУ О КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ (НА ПРИМЕРЕ СИНДРОМА ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИИ)

Б.Т. Мурзахметов

г. Уральск

Проблема клинической неоднородности соматоформных расстройств (далее - СФР) неоднократно поднималась в специальных исследованиях. Однако следует отметить, что с учетом доминирования в клинической психиатрии психогенетических концепций, объясняющих их особенности, особое внимание авторами уделялось проблеме каузальности и интерпретации СФР с психодинамических позиций [1, 2] или попыткам выделения специфических конституциональных факторов (характерологически ориентированные концепции) [3-5].

Собственно клинические подходы к исследованию СФР отражены в исследованиях так называемого «соматоцентрического направления», которое рассматривает их в качестве самостоятельных соматических заболеваний [6-10]. В рамках этого направления СФР во всех случаях должна быть, что не всегда подтверждается данными объективного обследования, связана со структурно-морфологическими изменениями. Вместе с тем, имеет место точка зрения, согласно которой допускается существование СФР, как отдельных психопатологических синдромов, с признаками другой патологии [11-15].

С учетом вышеизложенного целью настоящей публикации является попытка освещения роли и места психопатологической составляющей в формировании СФР у больных с соматической патологией.

Материалы и методы исследования

Материалом исследования являлись 50 больных с СФР (синдром гипервентиляции, далее СГВ), наблюдавшихся в городских поликлиниках ПСМП г. Уральска по поводу бронхиальной астмы. Средний возраст больных составил $49,4 \pm 2,6$ года. Доля мужчин среди пациентов составила 22%. Доля лиц с высшим образованием составила 46%. Общие социальные показатели пациентов представлены в таблице 1.

Основным в исследовании был клинико-психопатологический метод с применением структурно-динамического анализа.

Коморбидная психопатологическая симптоматика представлена в таблице 2.

Как следует из данных таблицы 2, функциональные расстройства дыхательной системы обнаружи-

Таблица 1

Социальные показатели пациентов

Показатели	СГВ (n=50)	
	Абсолютное число (чел.)	%
Учащиеся	9	18
Служащие	15	30
Квалифицированный физический труд	8	16
Неквалифицированный физический труд	6	12
Не работающие	4	8
Пенсионеры	8	16
ВСЕГО	50	100

Таблица 2

Коморбидная психическая патология (синдромы)

Психическая патология	СГВ (n=50)	
	Абсолютное число (чел.)	%
Тревожно-фобические расстройства	40	80
Депрессивный эпизод	5	10
Дистимия	5	10
ВСЕГО	50	100

вают сопряженность с психическими нарушениями тревожно-фобического круга.

Преморбидные особенности у большинства пациентов (83%) с СГВ представлены акцентуациями стенического круга, выступающими в структуре гипертимного (35%), истеро-гипертимного (30%) и экспансивно-шизоидного (18%) личностного склада. В остальных 17% наблюдений конституциональные особенности квалифицированы в рамках психастенических, ананкастических и сенситивно-шизоидных личностных аномалий.

В ходе работы прослеживалось динамическое взаимодействие основных проявлений СГВ и сопутствующей психопатологической симптоматики с проявлениями соматического заболевания (бронхиальной астмы).

Результаты исследования

Клинические особенности СГВ. Синдром гипервентиляции проявлялся в виде чувства неполноты вдоха, ощущением нехватки воздуха, приступообразной зевотой, которые сочетались с явлениями аэрофагии (с отрыжкой воздухом), сухим навязчивым кашлем. Характерным было усиление расстройств дыхания при эмоциональной и речевой нагрузке, в закрытых или душных помещениях, в присутствии субъективно неприятных запахов.

Психическая патология у пациентов с СГВ представлена преимущественно симптомами патологической тревоги в структуре развернутых панических атак. Среди особенностей панических приступов следует отметить их связь с внешними факторами (психогенные, соматогенные, а также условно патогенные факторы - душные помещения, различные резкие запахи, табачный дым и пр.).

Выступающие в рамках панических атак функциональные нарушения представлены диспnoэ с «форсированным» дыханием и/или затруднением вдоха, либо частым поверхностным дыханием («дыхание загнанной собаки»). У 35 пациентов нарушения дыхания в структуре панических приступов сочетались с алгиями в области грудной клетки, выраженность которых тесным образом была связана с дыханием (болезненность, возникающая при вдохе или выдохе, кашле).

Несмотря на малую представленность депрессивных расстройств (20%), следует отметить, что во всех случаях явления аффективные расстройства обнаруживали сопряженность с выраженнымми тревожными расстройствами с формированием тревожно-ипохондрической депрессии. У 4 пациентов с депрессивным эпизодом на первый план выступали панические атаки и ипохондрические фобии, сопровождающие обострения симптомов СГВ и подчиняющиеся суточному ритму с тенденцией к утяжелению в вечернее время. При этом явления

собственно гипотимии, представленные не резко выраженной апатией, снижением активности, утрированной пессимистической переоценкой степени тяжести соматического страдания, как бы отступают на второй план.

Клинико-динамические особенности СГВ. Средний возраст появления симптомов гипервентиляции в подгруппе СГВ составляет $17,2 \pm 0,9$ года. Первые симптомы СГВ регистрировались обычно в подростковом возрасте.

Во всех наблюдениях формирование СГВ происходило в тесной связи с актуальным бронхолегочным заболеванием: СГВ манифестирует на фоне атопической бронхиальной астмы или обострения хронического бронхита с астматическим компонентом.

В структуре панических приступов выявлялся витальный страх смерти с чувством собственной беспомощности, сопряженный с нарушениями дыхания. Пациенты высказывают опасения в возможности утраты контроля над ритмом дыхания и сообщают, что испытывают страх «задохнуться». Уже в первые недели после начала астматических приступов формировались признаки утилизированной рефлексии в отношении любых нарушений функции дыхания. Причем многие пациенты обнаруживают способность дифференцировать проявления собственно СГВ от приступов бронхиальной астмы. Как сообщают пациенты, более «тяжелым» в таких случаях воспринимается именно приступ паники, который сопровождается ощущением растерянности, надвигающейся телесной катастрофы. Тогда как при нетяжелых явлениях бронхиальной обструкции подобного страха не возникает, а пациент имеет опыт купирования приступа астмы соответствующими лекарственными средствами.

Дальнейшая динамика СГВ обнаруживала связь с формированием сверхценных ипохондрических образований. Доминирующей идеей становилось устранение любых факторов, с которыми пациент связывает формирование приступов затрудненного дыхания. Выявлялась тенденция к самообереганию. Опасаясь ухудшения состояния, развития возможных осложнений, пациенты стремились придерживаться определенного режима, диеты, основанной на исключении широкого круга продуктов, расцениваемых в качестве аллергенов, регулярно выполняли специальные упражнения, призванные «улучшить работу легких».

По мере последующей динамики отмечалось постепенное расширение круга так называемых «неблагоприятных или вредных» факторов, более отчетливыми становятся изменения в поведении. Любые проявления нарушений функции дыхания пациенты возводили в ранг обстоятельств, требующих незамедлительной коррекции образа жизни близких или условий на работе.

Обсуждение

Результаты анализа психосоматических соотношений в структуре СГВ показывают, что они реализуются уже на уровне клинически завершенных тревожно-фобических расстройств и бронхолегочно-гоз заболеваний: проявления СГВ выступают в качестве «общих» симптомов, интегрированных в сложный соматовегетативный симптомокомплекс при одновременном участии тревожной и соматической патологии.

В частности, в рамках нетяжелого обострения бронхиальной астмы симптомы СГВ, сопряженные с тревожными расстройствами (субсиндромальные панические атаки) формируются в периоды между приступами соматического заболевания. На первое место в симптоматике выступают явления диспnoэ, в определенной степени дублирующие острые нарушения дыхания во время приступа бронхиальной астмы: полиморфные нарушения дыхания (ощущение неполноты вдоха, чувство нехватки воздуха, желание «наполнить легкие кислородом», пароксиз-

мальные поперхивания, зевота). Симптоматика носит приступообразный характер - на фоне приступа явления пароксизмальной тревоги выступают в качестве фактора амплификации нарушений дыхания. На фоне острой обратимой бронхобструкции доминируют проявления когнитивной тревоги (вitalный страх).

Дальнейшая динамика психопатологических расстройств представляет собой вариант так называемого психосоматического развития, с формированием ипохондрических паттернов поведения.

Заключение

Таким образом, психопатологический анализ выявляет сложные синдромокинетические и, в определенной степени, патогенетические взаимоотношения между СГВ, коморбидной патологией и соматическим расстройством, что в сочетании с характерной динамикой психопатологических расстройств по типу невротического развития необходимо учитывать при выборе тактики терапии СФР.

Список использованной литературы:

1. Alexander F. *Psychosomatische Medizin*. // Berlin 1951.
2. Engel G., Schmale A. *Psychoanalytic theory of somatic disorder*. // J. Amer. Psychoanal. Assoc. – 1967. – V. 15. – P. 344 – 365.
3. Dunbar F. *Emotions and Bodily Changes*. – New York, Columbia University Press, 1954.
4. Friedman A.S., Cowitz B., Cohen H.W., Granick S. *Syndromes and themes of psychotic depression*. // Arch. Gen. Psychiat. – 1963. – N. 9. – P. 504 – 509
5. Gallacher J.E., Yarnell J.W., Butland B.K. *Type A behaviour and prevalent heart disease in the Caerphilly study: increase in risk or symptom reporting*. // J Epidemiol Community Health 1988 - Vol 42 (3) - P 226-231
6. Саркисов Д.С. Следует, наконец, отказаться от понятий «функциональная болезнь», функциональная патология (по поводу статьи А.М. Ногеллера «Следует ли клиницистам отказаться от понятий функциональной патологии?»). Клин. мед. – 1998. – № 3. – С. 64 – 66.
7. Маколкин В.И., Аббакумов С.А., Сапожникова А.А. *Нейроциркуляторная дистония* (Клиника, диагностика, лечение). – Чебоксары, 1995.
8. Lowry T.P. *Head injury and nervousness*. // Mil. Med. – 1967. – V. 132. – P. 110 – 113.
9. Фролькис А.В. *Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта*. – Л, 1991.
10. Drossman D.A. *The Functional Gastrointestinal Disorders: Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment*. – Boston, 1994.
11. Maser J.D., Cloninger C.R. *Comorbidity in anxiety and depression*. American Psychiatric Press, Washington DC., 1990.
12. Mavissakalian M., Michelson L. *Two-year follow-up of exposure and imipramine treatment of agoraphobia*. // Am. J. Psychiat. – 1986. – V. 143. – P. 1106 – 1112.
13. Bach M., Nutzinger D.O., Hart L. *Comorbidity of anxiety disorders and hypochondriasis considering different diagnostic systems*. // Compr. Psychiat. – 1996. – V. 37. – No. 1. – P. 62–67.
14. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. *Панические атаки*. – Ст-Пб, 1997.
15. Дробижев М.Ю., Лебедева О.И., Добровольский А.В. *Опыт применения тианептина при лечении тревожных депрессий у больных ишемической болезнью сердца*. // В кн.: Тревога и обсессии. /Под ред. А.Б. Смулевича. – М., 1998. – С. 269 – 278.

К ВОПРОСУ О ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОМ КОМПОНЕНТЕ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Б.Т. Мурзахметов

г. Уральск

Проблема клинической неоднородности соматоформных расстройств (далее СФР) неоднократно поднималась в специальных исследованиях. Однако следует отметить, что с учетом доминирования в клинической психиатрии психогенетических концепций, объясняющих их особенности, особое внимание уделялось авторами проблеме каузальности и интерпретации СФР с психодинамических позиций [1, 2] или попыткам выделения специфических конституциональных факторов (характерологически ориентированные концепции) [3-5].

Цель настоящего исследования - попытаться определить роль и место психопатологической составляющей в формировании СФР у больных с соматической патологией.

Материалом исследования являлись 50 больных с СФР (синдром гипервентиляции, далее СГВ), наблюдающихся в городских поликлиниках г. Уральска по поводу бронхиальной астмы. Средний возраст больных составил - $49,4 \pm 2,6$ года. Доля мужчин среди пациентов – 22%. Доля лиц с высшим образованием составила 46%.

Результаты анализа психосоматических соотношений в структуре СГВ показывают, что они реализуются уже на уровне клинически завершенных тревожно-фобических расстройств и бронхолегочного заболевания: проявления СГВ выступают в качестве «общих» симптомов, интегрированных в сложный соматовегетативный симптомокомплекс при одновременном участии тревожной и соматической патологии.

Список использованной литературы:

1. Alexander F. *Psychosomatische Medizin.* // Berlin 1951.
2. Engel G., Schmale A. *Psychoanalytic theory of somatic disorder.* // J. Amer. Psy-choanal. Assoc. – 1967. – V. 15. – P. 344 – 365.
3. Dunbar F. *Emotions and Bodily Changes.* – New York, Columbia University Press, 1954.
4. Friedman A.S., Cowitz B., Cohen H.W., Granick S. *Syndromes and themes of psychotic depression.* // Arch. Gen. Psychiat. – 1963. – N. 9. – P. 504 – 509.
5. Gallacher J.E., Yarnell J.W., Butland B.K. *Type A behaviour and prevalent heart dis-ease in the Caerphilly study: increase in risk or symptom reporting.* // J Epidemiol Community Health 1988 - Vol 42 (3) - P 226-231.

В частности, в рамках нетяжелого обострения бронхиальной астмы симптомы СГВ, сопряженные с тревожными расстройствами (субсиндромальные панические атаки) формируются в периоды между приступами соматического заболевания. На первое место в симптоматике выступают явления диспноэ, дублирующие в определенной степени острые нарушения дыхания во время приступа бронхиальной астмы: полиморфные нарушения дыхания (ощущение неполноты вдоха, чувство нехватки воздуха, желание «наполнить легкие кислородом», пароксизмальные поперхивания, зевота). Симптоматика носит приступообразный характер - на фоне приступа явления пароксизмальной тревоги выступают в качестве фактора амплификации нарушений дыхания. На фоне острой обратимой бронхобструкции доминируют проявления когнитивной тревоги (витальный страх).

Дальнейшая динамика психопатологических расстройств представляет собой вариант так называемого психосоматического развития, с формированием ипохондрических паттернов поведения.

Таким образом, психопатологический анализ выявляет сложные синдромокинетические и, в определенной степени, патогенетические взаимоотношения между СГВ, коморбидной патологией и соматическим расстройством, что в сочетании с характерной динамикой психопатологических расстройств по типу невротического развития необходимо учитывать при выборе тактики терапии СФР.

К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ ФОРМИРОВАНИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Б.Т. Мурзахметов

г. Уральск

Соматоформные расстройства (далее СФР) являются широко распространенным видом психических нарушений, и проблема их клинического объяснения далека о своего окончательного решения.

Цель настоящего исследования - попытаться определить роль и место некоторых вопросов формирования СФР.

После внедрения в клиническую и исследовательскую практику синдромальноориентированных

классификаций психических расстройств (DSM-III, DSM-III-R, МКБ-10) среди исследователей возник пристальный интерес к изучению коморбидных взаимоотношений СФР.

Результаты исследований по изучению данного вопроса установили четкую функциональную связь функциональных нарушений внутренних органов с различными формами патологической тревоги, преимущественно - паническим и генерализованным тревожным расстройством показали сопряженность тревожной патологии с сердечно-сосудистой и дыхательной системой более, чем в 60%, желудочно-кишечного тракта – 34% [1-4]. Авторы отмечают, что именно тревожные расстройства являются одним из ведущих факторов, обуславливающих персистирование и хронификацию функциональных

нарушений сердечно-сосудистой и бронхолегочной системы [5-8].

Исследователи рассматривают тревогу как облигатный патогенетический фактор формирования и динамики дисфункций внутренних органов. Более того, по мнению ряда авторов, пациенты с фиксированными в рамках отдельного органа (системы) функциональными нарушениями вообще составляют отдельную подгруппу «тревожных невротиков» [9-11].

Таким образом, как показывает анализ литературных источников, тревога является не только клиническим выражением реакции больного на болезнь, но и играет важную роль в механизмах формирования и течения СФР, что необходимо учитывать при разработке тактики лечения СФР.

Список использованной литературы:

1. Bass C.M., Cawley R., Wade C., Ryan K.C. *Unexplained breathlessness and psychiatric morbidity in patients with normal and abnormal coronary arteries* // Lancet. – 1983. – V. 191. – P. 605 – 609.
2. Christian P., FinkEitel K., Huber W. *Verlaufsbeobachtungen bei 100 Patienten mit vegetativen Herz-Kreislaufstörungen*. // Z. Kreislaufforsch. – 1966. – Bd. 55. – S. 342.
3. Cremerius J. *Die Prgnose funktioneller Syndrome*. – Enke, Stuttgart, 1968
4. Conti S., Savron G., Bartolucci G., et al. *Cardiac neurosis and psychopathology*. // Psychother. Psychosom. – 1989. – V. 52. – P. 88 – 91.
5. Fleet R.P., Dupuis G., Marchand A., et al. *Panic disorder in coronary artery disease patients with noncardiac chest pain*. // Psychosom. Res. – 1998. – V. 44(1). – P. 81 – 90.
6. Maier W., Buller R., Frommberger U., Philipp M. *One-year follow-up of cardiac anxiety syndromes. Outcome and predictors of course*. // Eur. Arch. Psychiatry. Neurol. Sci. – 1987. – V. 237. – P. 16 – 20.
7. Lonsgreh G.F., Wolde-Tsadik G. *Irritable bowel-type symptoms in HMO examinees*. // Dig. Dis. Sci. – 1993. – V. 9 – P. 1581 – 1589.
8. Thompson W.G. *Irritable bowel syndrome: pathogenesis and management*. // Lan-cet. – 1993. – P. 1569 – 1572.
9. Marshall J.R. *Are some irritable bowel syndromes actually panic disorders?* // Postgrad. Med. – 1988. – V. 83. – P. 206 – 209.
10. Latimer P. *Irritable bowel syndrome*. // Psychosomatics. – 1983. – V. 24. – P. 205 – 218.
11. Blanchard E.B., Scharff L., Schwarz S.P., Suls J.M., Barlow D.H. *The role of anxiety and depression in the irritable bowel syndrome*. // Behav. Res. Ther. – 1990. – V. 28. – P. 401 – 405.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ШАХТЕРОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Б.Д. Цыганков, Т.Е. Евдокимова

Используя принципы системного подхода в исследовании биopsихосоциальной универсальности исследуемого нами контингента - больных невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами шахтеров, нами проведено клинико-экспериментальное исследование, которое включало определение типов преморбидных акцентуаций личности, уровень субъективного самоконтроля и внутренние картины болезни у лиц с различным характером психопатологических расстройств. Изучались взаимосвязи внутри каждого экспериментального блока, с дальнейшим установлением корреляционных и факторных связей между

ду всеми фрагментами клинико-патопсихологического исследования.

В экспериментальном исследовании участвовали больные с невротическими расстройствами из группы шахтеров, работающих в подземных условиях (основная подгруппа - 74 человека). В качестве контрольной группы были исследованы 25 мужчин с невротическими расстройствами, сопоставимых по возрастной структуре с основной группой, обратившихся в течение 2008-2010 гг. к психотерапевтам. Все пациенты контрольной группы не были работниками угольных предприятий, не имели близких родственников, работающих в

шахтах, и не были ранее зарегистрированы психиатрической службой.

Для анализа нами были определены средние значения результатов по соответствующим шкалам методик. В обеих группах больных превалирует эмотивный тип акцентуации личности, характеризующийся повышенной чувствительностью, впечатлительностью и глубиной переживаний, склонностью к сопереживанию и мягкотерпчестью. В основной подгруппе больных также доминируют дистимный и экзальтированный типы акцентуации личности. Дистимный тип личности больных характеризуется выраженной склонностью к депрессиям, пониженным жизненным тонусом, заторможенностью. Одновременно наблюдается серьезная настроенность на дело, что обуславливает твердую жизненную позицию. Экзальтированный тип личности больных характеризуется широким диапазоном состояний. Экзальтация проявляется в бурных эмоциональных реакциях, сменяемости направлений активности, высокой степенью привязанности, сопереживанием к чужим проблемам.

Большинство показателей уровня субъективного контроля в обеих группах больных идентично. По шкале общей интернальности были выявлены пониженные показатели ($Ио=14$ и $Ио=19$, соответственно), что соответствует низкому локусу контроля больных жизненной ситуации в целом, неосознавание связи между своими действиями и значимыми событиями в жизни, пассивная жизненная позиция и делегирование ответственности за свою жизнь другим людям.

Уровень достижений в обеих группах больных имеет среднее значение ($Ид=5$ и $Ид=4$, соответственно), что свидетельствует об амбивалентности личностных отношений к положительным событиям и ситуациям, эмоциональные реакции также носят дихотомический характер.

Уровень неудач в обеих группах больных понижен ($Ин=3$ и $Ин=3$, соответственно), что соответствует низкой толерантности по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, как с самообвинением, так и обвинением в собственных неудачах партнеров. Таким образом, локус субъективного контроля в области неудач также имеет амбивалентный характер.

Интернальность в сфере семейных отношений в обеих группах больных понижена ($Исо=1$ и $Исо=0$, соответственно), что характерно для больных, избегающих ответственности и склонных к обвинению партнеров в неудачах в семейных отношениях.

Интернальность в сфере производственных отношений в обеих группах больных также понижена, что характерно для больных, не принимающих участие в своей карьере, пассивных в работе, признающих за руководством формирование как атмосферы в коллективе, так и собственное продвижение по службе. Больные считают продвижение по карьерной лест-

нице делом случая, везения, однако желают самоподтверждения в коллективе и карьерного роста.

Интернальность в сфере межличностных отношений в обеих группах больных повышена ($Имо=3$ и $Имо=3$, соответственно). Больные считают неформальные отношения зависящими только от их собственных установок и действий.

Уровень интернальности в области здоровья и болезни различается в подгруппах. В основной подгруппе больных интернальность в области здоровья-болезни ($Из=3$) имеет повышенное значение, больные признают собственную ответственность за здоровье, осознают его ценность и, в случае болезни, становятся партнерами врача в процессе выздоровления. В подгруппе сравнения интернальность имеет среднее ($Из=4$) значение. Больными осознается ценность здоровья, однако, в случае заболевания, они принимает пассивную позицию, перекладывая на врача всю ответственность за выздоровление.

У больных обеих подгрупп наблюдаются смешанные типы внутренней картины болезни. У больных основной подгруппы превалируют сенситивный ($C=11$), ипохондрический ($I=5$), эргопатический ($E=6$), анозогностический ($A=5$) и тревожный типы ($T=8$) реагирования на болезнь. Сенситивный вариант реагирования отличает чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих известия о болезни, склонность к тревожным сомнениям. Ипохондрический тип реагирования характеризуется сосредоточением на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Больным свойственны навязчивое внимание к окружающим с рассказами о недуге, преувеличение тяжести своего состояния, тревожность и пессимизм. Эргопатический вариант реагирования характеризуется механизмом «ухода от болезни в работу». Анозогностический тип реагирования больных отличает активное отбрасывание мысли о болезни, о её случайном возникновении или возможных последствиях. Тревожный тип внутренней картины болезни определяет непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения, возможных осложнений заболевания, неэффективности и даже опасности лечения. У больных подгруппы сравнения превалирует лишь сенситивный тип внутренней картины болезни.

В первый блок вошли эргопатический и анозогностический типы реагирования у больных основной подгруппы. Эти типы характеризуются меньшей выраженностью социальной дезадаптации больного в связи с заболеванием и относятся к гармоничному типу реагирования на болезненное состояние. Во второй блок входят ипохондрический и тревожный типы реагирования у больных основной подгруппы. Эмоционально-аффективный аспект отношений у больных с интрапсихическими типами реагирования клинически выражается в реакци-

ях по типу «раздражительной слабости», подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы и переживанием эмоций преимущественно астенического полюса.

Третий блок включает типы реагирования личности на болезнь с интерпсихической направленностью. Данные типы отражают сенсибилизированное отношение к болезни, которое в наибольшей степени связано с преморбидными особенностями личности больных. В обеих группах больных - это сенситивный тип реагирования. Больные с указан-

ными типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях также характеризуется дезадаптивным поведением, ведущим к нарушению их социального функционирования: они или стесняются своего заболевания, или «используют» его в своих целях, строят концепции паранойяльной направленности относительно своего здоровья, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге.

В таблице 1 представлены данные о корреляционных взаимосвязях больных из обеих групп.

Таблица 1

Корреляционные взаимосвязи личностных с психопатологическими особенностями больных с невротическими расстройствами

Основная группа (шахтеры)	РЭМП	P	Группа сравнения	РЭМП	P
Возбудимый – ИН	-0,764	н/о	Демонстративный – ИН	0,691	н/о
Возбудимый – сенситивный	0,721	0,05	Демонстративный – меланхоличный	-0,840	0,01
Возбудимый – анозогностический	0,727	0,05	Возбудимый – паранойяльный	0,898	0,01
Гипертимный – эгоцентрический	0,649	н/о	Возбудимый – эгоцентрический	0,898	0,01
Педантичный – Из	0,798	н/о	Педантичный – ИН	0,720	0,01
Педантичный – ипохондрический	-0,733	н/о	Циклотимный – гармоничный	-0,537	н/о
Тревожный – ипохондрический	0,796	н/о			
Циклотимный – сенситивный	0,721	0,05			
Циклотимный – неврастенический	0,721	0,05			
Экзальтиров. – анозогностический	-0,647	н/о			

У больных с невротическими расстройствами из числа шахтеров отмечаются корреляционные связи между возбудимым типом личности и сенситивным вариантом ВКБ ($\text{сэмп}=0,721; p=0,05$) и анозогностическим вариантом ВКБ ($\text{сэмп}=0,727; p=0,05$). Чем ярче проявляются возбудимые характерологические особенности больных, тем выше предрасположенность к сенситивному и анозогностическому вариантам реагирования на болезнь. Наблюдаются корреляционные связи между гипертимным типом личности и эгоцентрическим вариантом ВКБ ($\text{сэмп}=0,649; p=0,05$; уровень значимости 5%), чем более выражены гипертимные черты личности больных тем выше предрасположенность к эгоцентрическому реагированию на болезнь. Отмечаются корреляционные связи между педантичным типом личности и интернальностью в области здоровья-болезни ($\text{сэмп}=0,798; p=0,01$; уровень значимости 5%) с положительным знаком, а также с ипохондрическим вариантом ВКБ ($\text{сэмп}=-0,733; p=0,01$; уровень значимости 5%) с отрицательным знаком. Чем более проявляются педантичные характерологические особенности больных, тем выше локус контроля в сфере собственного здоровья при меньшей предрасположенности к ипохондрическому типу реагирования на заболевание. Наблюдаются корреляционные связи между тревожным типом личности и ипохондрическим вариантом ВКБ ($\text{сэмп}=0,796; p=0,01$; уровень значимости 1%) с положительным

знаком, а также между экзальтированным типом личности и анозогностическим вариантом ВКБ ($\text{сэмп}=0,721; p=0,05$) с отрицательным знаком. При заострении экзальтированных черт личности больных не характерно анозогностическое реагирование на заболевание, при повышении личностной тревожности тревожных акцентуированных больных формируется ипохондрический вариант внутренней картины болезни. Наблюдаются корреляционные связи между циклотимным типом личности и сенситивным ($\text{сэмп}=0,721; p=0,05$) и неврастеническим ($\text{сэмп}=0,721; p=0,05$) вариантами ВКБ. При заострении циклоидных черт личности больных основной подгруппы наблюдается формирование как интрапсихического (ипохондрического) так и интерпсихического (сенситивного) вариантов реагирования на заболевание.

У больных с невротическими расстройствами из контрольной группы отмечаются корреляционные связи между демонстративным типом личности и интернальностью в области неудач ($\text{сэмп}=0,691; p=0,01$) с положительным знаком, а также с меланхолическим вариантом ВКБ ($\text{сэмп}=-0,840; p=0,01$; уровень значимости 5%) с отрицательным знаком. При заострении демонстративных черт личности больных повышается субъективный контроль над уровнем собственных неудач и не происходит формирование меланхолического типа реагирования на заболевание. Отмечаются корре-

ляционные связи между возбудимым типом личности и паранойальным (сэмп=0,898; р=0,01; уровень значимости 5%) и эгоцентрическим (сэмп=0,898; р=0,01; уровень значимости 5%) вариантами ВКБ с положительным знаком. При заострении возбудимых черт личности больных отмечается формирование данных интерпсихических типов реагирования на заболевание. Отмечаются корреляционные связи между педантическим типом личности и интернальностью в области неудач (сэмп=0,720; р=0,01). При заострении педантических черт личности у больных подгруппы сравнения повышается локус субъективного контроля на уровне собственных неудач.

Проведенный нами факторный анализ данных исследования больных невротическими расстройствами из основной группы позволил выявить три группы показателей (таблица 2).

В первую группу вошли показатели: гипертимный тип акцентуации личности (0,810), экзальтированный тип акцентуации личности (0,726), дисфорический тип ВКБ (0,939), общая интернальность (0,774), интернальность в области достижений (0,862), интернальность в области семейных отношений (0,932), интернальность в области здоровья-болезни (0,794).

Интерпретация факторов первой группы: гипертимная акцентуация личности характеризуется преимущественно приподнятым настроением, повышенной психической активностью и жаждой деятельности. Предприимчивость, инициатива, оптимизм свойственны данным больным. Вместе с тем, чрезмерная веселость и живость не всегда позволяют довести дело до конца, быть обязательным, строго соблюдать общественные нормы и дорожить своим авторитетом. Легкомыслие нередко проявляется в прожекторстве, несобранности и сомнительных поступках.

Таблица 2

Факторные матрицы данных исследования больных с невротическими расстройствами из основной группы

Факторные нагрузки	F1	F2	F3	F4	F5
Гипертимная АЛ	0,810				
Эксальтированная АЛ	0,726				
Дисфорический тип ВКБ	0,936				
Ио	0,774				
Ид	0,862				
Исо	0,932				
Ипо	0,832				
Из	0,794				
Педантический тип АЛ		0,834			
Ипохондрический тип ВКБ		0,918			
Тревожный тип ВКБ		0,733			
Гармонический тип ВКБ					0,912

Аффективно-эксальтированному типу свойственен широкий диапазон состояний. Эксальтация зачастую проявляется в бурной реакции, сменяемости направлений активности, высокой впечатлительности, сильной привязанности к друзьям и другим. Искреннее и глубокое переживание чужих проблем усиливает реакцию людей этого типа.

При дисфорическом типе ВКБ доминирует мрачно-озлобленное настроение, постоянно угнетенный вид, зависть и ненависть к здоровым людям. Вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других сопрягаются с требованием особого внимания к себе и подозрительностью к процедурам и лечению.

Общая интернальность понижена – понижен локус контроля больных над важными, значимыми событиями жизни. Больные не видят связи между ними и происходящими событиями, не контролируют их развитие и полагают, что большинство происходящих событий – дело случая и действия других людей.

Интернальность в области достижений имеет среднее значение, у больных сохраняется локус контроля

над положительными событиями и ситуациями. Они добились самостоятельно того, чего хотели в жизни, и способны с успехом преследовать свои цели, однако и влияние внешних обстоятельств не исключается больными на уровень собственных достижений.

Интернальность в области семейных отношений понижена. Больные не считают себя ответственными за события, происходящие в их семье. В семейной жизни и принятии решений занимают пассивную позицию.

Интернальность в области производственных отношений также понижена. Больные не считают себя способными стать организующим фактором своей карьеры, все успехи и неудачи в сфере производства приписываются товарищам, руководству, везению или случаю.

Интернальность в области здоровья – болезни имеет среднее значение. Больные знают цену здоровью, готовы относиться к нему бережно. В случае нарастания астении, обращаясь к врачу, больные полностью перекладывают ответственность с себя на плечи врачей.

Во вторую группу вошли показатели: педантичный тип акцентуации личности (0,834), ипохондрический тип ВКБ (0,918), тревожный тип ВКБ (0,733). Интерпретация факторов второй группы: педантичный тип личности больных отличается собранностью, инертностью психических процессов, основательностью, четкостью и завершенностью в действиях. Высокий самоконтроль делает их идеальными исполнителями, что проявляется и в лечении. Установки ригидны, действия – стереотипны, трансформация субъективной картины болезни и неадаптивных копинг-стратегий происходит медленно, иногда малопродуктивно. Ипохондрический тип реагирования на болезнь отличает сосредоточение на субъективных болезненных и нормальных ощущениях. Больные стремятся постоянно рассказывать о них окружающим со склонностью к преувеличению страданий. Для больных характерно сочетание желания лечиться и неверие в успех, требование более тщательного обследования и в то же время – боязнь процедур. Тревожный тип ВКБ характеризуется наличием постоянной диссо-

циирующей тревоги, сказывающейся на повседневных делах и обязанностях. Больные испытывают непрерывное беспокойство в отношении неблагоприятного течения болезни. Охотно выполняют назначения врача, но при актуализации болезненных симптомов легко впадают в панику и отчаяние, в беседе быстро успокаиваясь.

Значимые показатели третьей и четвертой групп факторов не выявлены.

В пятую группу вошёл лишь один показатель – гармоничный тип ВКБ (0,912), который отличает трезвая оценка своего состояния без преувеличения и без недооценки тяжести заболевания. Активная кооперация с медицинским персоналом в процессе терапии, дисциплинированность при приеме назначений и стремление во всем активно содействовать успеху лечения характеризует больных с данным вариантом ВКБ.

Факторный анализ данных исследования больных невротическими расстройствами из контрольной группы позволил выявить пять групп показателей (таблица 3).

Таблица 3

Факторные матрицы данных исследования больных с невротическими расстройствами из группы сравнения

Факторные нагрузки	F1	F2	F3	F4	F5
Тревожный тип АЛ	0,787				
Ио	0,862				
Ин	0,896				
Исо	0,922				
Сенситивный тип ВКБ		0,935			
Гармоничный тип ВКБ		0,719			
Дистимный тип АЛ			0,810		
Ипо			0,930		
Эмотивный тип АЛ				0,762	
Экзальтированный тип АЛ				0,932	
Эргопатический тип ВКБ				0,813	
Педантичный тип АЛ					0,871
Неврастенический тип ВКБ					0,718

В первую группу вошли показатели: тревожный тип акцентуации личности (0,787), общая интернальность (0,862), интернальность в области неудач (0,896), интернальность в области семейных отношений (0,922). Интерпретация факторов первой группы: тревожный тип личности больных характеризуется постоянным беспокойством и внутренним напряжением. Тревога направлена «вперёд», с принижением собственных сил и возможностей и преувеличением мнимых «опасностей». Беспокойство и мнительность сказываются на снижении работоспособности, невозможности сосредоточения, ожидания неприятностей способствуют снижению фона настроения. Общая интернальность понижена, что обуславливает низкий локус контроля над жизненно важными ситуациями. Больные не видят связи между своими действиями и значимыми событиями в их жизни, не считают себя способными контролировать эти события

и полагают, что большинство происходящего являются результатом случая или помощи других людей. Интернальность в сфере семейных отношений понижена. Больные считают не себя, а партнеров по браку ответственными за значимые ситуации, возникающие в семье. Интернальность в области неудач понижена. Больные собственные неудачи и промахи приписывает внешним обстоятельствам – руководству, коллегам по работе, случаю.

Во вторую группу вошли показатели: сенситивный тип ВКБ (0,935), гармонический тип ВКБ (0,719). Интерпретация факторов второй группы: Сенситивный тип ВКБ характеризуется чрезмерной озабоченностью возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни, страшится недовольства с их стороны. Боязливость и сензитивность проявляются в кратковременных вспышках раздражительности,

гневливости, которые быстро преходящи с исходом в уныние и самообвинение. Гармоничный тип реагирования на болезнь отличает трезвая оценка своего состояния без преувеличения и без недооценки тяжести заболевания. Активная кооперация с медицинским персоналом в процессе терапии, дисциплинированность при приеме назначений и стремление во всем активно содействовать успеху лечения характеризует больных с данным вариантом ВКБ.

В третью группу вошли показатели: дистимный тип акцентуации личности (0,810), интернальность в области производственных отношений (0,930). Интерпретация показателей: склонность к депрессии, сосредоточенность на мрачных сторонах жизни, медлительность в мысли и заторможенность при ослабленном стимулировании жизнедеятельности отличают больных дистимного склада личности. Интернальность в области производственных отношений имеет пониженный коэффициент. Больные в сфере производственных отношений склонны придавать более важное значение влиянию внешних обстоятельств – коллег, протекции, нужным друзьям, слухаю.

В четвертую группу вошли показатели: эмотивный тип акцентуации личности (0,762), экзальтированный тип акцентуации личности (0,932), эргопатический тип ВКБ (0,813). Интерпретация показателей: эмотивная акцентуация личности больных проявляется повышенной чувствительностью, впечатлительностью, глубиной переживаний. Реакции проявляются в сопереживании, мягкосердечности, растроганности. Под влиянием бурных событий в окружении возможна выраженная психогенная дезадаптация. Больным свойственен широкий диапазон эмоциональных состояний, проявление бурной активности. Смена направлений активности, высокая впечатлительность, высокая сила привязанности к друзьям отличают больных с экзальтированными характерологическими особенностями. При эргопатическом варианте реагирования у больных отмечается «ход в работу». Для больных характерно сверхответственное отношение к работе, более выраженное, чем до болезни со стремлением сохранить работоспособность, во что бы то ни стало, поэтому к лечению и обследованию отношение избирательное.

В пятую группу вошли показатели: педантичный тип акцентуации личности (0,871), неврастеничес-

кий тип ВКБ (0,718). Интерпретация факторов пятой группы: педантическая акцентуация личности больных характеризуется собранностью, инертностью психических процессов, основательностью, четкостью и завершенностью в действиях, Высокий самоконтроль делает их идеальными исполнителями, но медленными, иногда малопродуктивными. Действия больных отработанные, стандартные, без новых идей. Неврастенический тип реагирования характеризуется поведением по типу «раздражительной слабости». У больных наблюдаются вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливаются на первого встречного, и завершается раскаянием и слезами. Поведение проявляется нетерпеливостью, неспособностью ждать облегчения, с последующим раскаянием за беспокойство и неодержанность.

Таким образом, имеются достоверные взаимосвязи между преморбидными личностными особенностями и типами внутренней картины болезни больных с невротическими расстройствами из числа шахтеров, работающих в подземных условиях, которые определяют «терапевтические миши» профилактики и терапии невротических расстройств. Следует подчеркнуть, что корреляции доказывают лишь «сцепленность» психологических феноменов, но не детерминированность наличием одного - обязательное возникновение другого (тип ВКБ). Выявленные взаимосвязи намного оказываются сложнее: наличие острого или протягированного стресса преломляется сквозь общие социокультуральные и частные («призма» личности) особенности, способствуя формированию строго индивидуальной картины болезни (УСК и ВКБ). Факторный анализ генерального параметра интеркорреляционных связей подтвердил, что факторами первого порядка и, соответственно, главными мишенями терапии являются интрапсихические конструкты – типы акцентуации личности, сферы субъективного контроля и типы внутренней картины болезни. Выявленные общие закономерности позволяют утверждать, что личностные особенности человека являются социально-психологической «почвой», определяющей возникновение, вариант и течение невротического расстройства.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ШАХТЕРОВ С СОМАТОФОРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.А. Чуркин, Т.Е. Евдокимова

Современный уровень психиатрии, характеризующийся сменой парадигмы психического здоровья, разработкой новых подходов к оценке психического состояния и созданию организационных программ, предполагает многофакторный анализ психического состояния, включающий в себя пока-

затели социального характера, адекватность реагирования индивидуума на объективную реальность, субъективную оценку своего состояния и социального положения. Необходимость многофакторного анализа вытекает из современного представления о психическом здоровье, которое не ограничи-

вается только фактом наличия или отсутствия психопатологических симптомов и синдромов, но включает в себя биологические, социальные, психологические аспекты.

Применение системного подхода к изучению структуры биopsихосоциальных феноменов нормы и патологии человека, в том числе психических процессов, позволяет исследовать данное психологическое образование как систему. Динамичность системы определяется изменением её состояния во времени под воздействием определённых факторов. Система является однозначно детерминированной, если знание значений показателей элементов системы в данный момент времени позволяет установить состояние системы в любой последующий или любой предшествующий периоды времени.

Используя принципы системного подхода в исследовании биopsихосоциальной универсальности исследуемого нами контингента - больных невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами шахтеров, нами проведено клинико-экспериментальное исследование, которое включало определение типов преморбидных акцентуаций личности, уровень субъективного самоконтроля и внутренние картины болезни у лиц с различным характером психопатологических расстройств.

Экспериментально-психологическими и клиническими методами изучались взаимосвязи внутри каждого экспериментального блока, с дальнейшим установлением корреляционных и факторных связей между всеми фрагментами клинико-патопсихологического исследования.

Объектом исследования являются работники угольных шахт г. Белово Кемеровской области (147 мужчин), у которых в ходе профилактических осмотров, проведенных в 2008-2010 гг., были диагностированы те или иные соматоформные расстройства. В качестве контрольной группы, были исследованы 48 мужчин с соматоформными расстройствами, сопоставимых по возрастной структуре с основной группой, обратившихся в течение 2008-2010 гг. к психотерапевтам. Все пациенты контрольной группы не были работниками угольных предприятий, не имели близких родственников, работающих в шахтах, и не были ранее зарегистрированы психиатрической службой.

В основной подгруппе больных превалируют эмотивный, циклотимный и экзальтированный типы акцентуации личности. Эмотивный тип характеризуется повышенной чувствительностью, впечатлительностью, глубиной переживаний с бурным проявлением эмоций при невротических реакциях, состояниях и развитии. Эмотивный тип акцентуации превалирует и в подгруппе сравнения. Еще одним сходством является превалирование в обеих выборках исследуемых экзальтированного типа личности, проявлениями которого является широкий спектр эмоциональных состояний. Характерно проявление

экзальтации в бурных реакциях, сменяемости направлений активности, высокой степенью привязанности, сопереживанием к чужим проблемам, усиливающим психическую реакцию.

Особенностью шахтеров является циклотимный тип акцентуации (аффективно-лабильный, неустойчивый тип), характеризующийся ярко выраженной сменой гипертимных и дистимных фаз. Характерной является изменчивость настроения, поступков и действий без видимых причин. В их выборке наблюдается превалирование демонстративного типа акцентуации личности, характеризующегося ярко выраженной потребностью во внимании окружающих, тщеславием, авантюристичностью, но в то же время устремленностью к цели. Хитроумность в самовосхвалении, услужливость в достижении цели и своих интересов характерны для поведения больных, но раскованность в мышлении и действиях позволяют демонстративным личностям быть адаптивными.

Шкала общей интернальности в обеих группах понижена, больные не видят связи между своими действиями и значимыми событиями в их жизни, демонстрируют неспособность контролировать свою жизнь и успехи, отводя для этого роль другим людям или вере в счастливую судьбу (Ио=10 и Ио=9 в основной и сравниваемой выборках соответственно).

Интернальность в области достижений в основной группе больных имеет среднее значение. Больные считают, что все достижения - дело их рук и стараний, убеждены, что все, что задумали на будущее может и должно выполняться, однако принимают помощь и со стороны других людей, коллег и внешних обстоятельств. В подгруппе сравнения интернальность в области достижений (Ид=1) имеет пониженное значение. У больных наблюдается низкий уровень контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями в жизни, все достижения и успехи приписываются внешним обстоятельствам, везению, счастливой судьбе или помощи друзей.

Интернальность в области неудач в обеих группах понижена (Ид=1 и Иду=-1, соответственно), что характеризует низкий уровень субъективного контроля по отношению к отрицательным ситуациям, больные склонны приписывать ответственность за неприятные события другим людям или «невезению».

Интернальность в области семейных отношений в подгруппе сравнения понижена (Исо=1), что означает, что больные не признают свою ответственность за благополучие семьи, во всех семейных отношениях и проблемах ответственность отводится партнеру. В основной подгруппе больных интернальность в области семейных отношений носит амбивалентный (средний) (Исо=1) характер: ответственность за благополучие семьи признается, но в наиболее напряженных ситуациях вина перекладывается на партнера.

Шкала интернальности в области производственных отношений в обеих подгруппах больных пони-

женя (Ипо=5 и Ипо=4 соответственно). Больные считают, что ответственность за организацию собственной производственной деятельности, установление отношений в коллективе, в продвижении лежит не на них самих, а на руководстве, коллегах и везении, занимая пассивную позицию.

Шкала интернальности в области здоровья и болезни в основной подгруппе повышена (Из=4). Больные осознают важность здоровья, в случае болезни они обвиняют в этом себя и в процессе выздоровления активно помогают врачу. В подгруппе сравнения данный показатель амбивалентен (среднее значение - Из=3), больными осознается ценность здоровья, необходимость лечения в случае болезни, но пациенты при этом пассивны, считая, что их выздоровление - дело рук других людей и, в первую очередь, врачей.

Шкала интернальности в области межличностных отношений в основной подгруппе больных повышена (Имо=3). Больные считают неформальные отношения зависящими только от их собственных установок и действий. В подгруппе сравнения интернальность в области межличностных отношений имеет среднее значение (Имо=1), неформальные отношения зависят как от установок самих больных, так и от регулирующего влияния партнеров по межличностному взаимодействию.

В основной подгруппе больных наблюдаются смешанные типы внутренней картины болезни, включая эргопатический, ипохондрический, сенситивный и тревожный варианты реагирования. Эргопатический (Р=10) вариант реагирования характеризуется механизмом «бегства в работу» и относится к гармоничному блоку стилей реагирования на болезнь. Ипохондрический тип (И=11) реагирования больных характеризуется в сосредоточении на субъективных болезненных неприятных ощущениях, тревожностью и снижением социально-профессионального функционирования. Сенситивный тип (С=12) реагирования характеризуется чрезмерной озабоченностью больных о возможном неблагоприятном впечатлении, боязнью стать обузой для близких. Тревожный тип (Т=6) реагирования характеризуется непрерывным беспокойством и мнитель-

ностью в отношении возникновения, неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и опасности лечения.

В подгруппе сравнения превалируют сенситивный (С=5), ипохондрический (И=11) и тревожный типы (Т=5) внутренней картины болезни. Данные варианты реагирования относятся ко второму блоку (тревожный, ипохондрический типы ВКБ). Эмоционально-аффективный аспект отношений у больных с данным стилем реагирования клинически выражается в интрапсихических реакциях по типу раздражительной слабости, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы за выздоровление. Третий блок стилей содержит типы реагирования личности на болезнь с интерпсихической направленностью (сенситивный тип реагирования). Данные стили реагирования отражают сенсибилизированное отношение к болезни, которое, вероятно в наибольшей степени связано с преморбидными особенностями личности больных. Больные с указанными типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях также характеризуются дезадаптивным поведением, ведущим к нарушению их социального функционирования: они стесняются своего заболевания или «используют» его в своих целях, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге. Важно отметить, что при близком спектре эмоционально-аффективного реагирования типы второго и третьего блоков отражают противоположную направленность дезадаптивного поведения, что имеет принципиальное значение для дифференцированного подбора методов психотерапии и психокоррекции.

У больных основной подгруппы (шахтеры) наблюдаются корреляционные связи между демонстративным типом акцентуации личности и неврастеническим вариантом ВКБ (сэмп=0,791; р=0,01; уровень значимости 1%), при заострении данных характерологических черт у больных формируется неврастенический тип реагирования на болезнь. Отмечаются корреляционные связи между возбудимым типом акцентуации личности и дисфорическим ва-

Таблица 1

Корреляционные взаимосвязи личностных с психопатологическими особенностями больных с соматоформными расстройствами

Шахтеры	РЭМП	P	Контрольная группа	РЭМП	P
Демонстративный – неврастенический	0,791	н/о	Застреваемый – им	0,918	0,01
Возбудимый – дисфорический	0,836	н/о	Застреваемый – эгоцентричный	0,989	0,01
Возбудимый – эргопатический	-0,640	0,01	Гипертимный – исо	0,689	0,05
Застреваемый – из	-0,517	0,01	Гипертимный – ипохондричный	-0,832	0,01
Педантичный – Ио	0,514	0,05	Эмотивный – сенситивный	0,681	0,05
Дистимный – сенситивный	0,792	н/о	Педантичный – ипохондричный	-0,689	0,05
Экзалт. – гармоничный	-0,524	н/о 0,01 н/о	Циклотимный – ипохондричный	-0,679	0,05
			Дистимный – ип	-0,835	0,01
			Дистимный – из	-0,832	0,01
			Дистимный – эргопатический	-0,825	0,01

риантом ВКБ ($\text{сэмп}=0,836$; $p=0,01$; уровень значимости 1%) с положительным знаком и эргопатическим вариантом реагирования ($\text{сэмп}=-0,640$; $p=0,05$; уровень значимости 5%) с отрицательным знаком, при заострении данных характерологических черт у больных формируется дисфорический тип ВКБ, исключающий «бегство в работу». Значимых корреляций между застреваемым, педантичным, экзальтированным типами акцентуаций личности и уровнем субъективного контроля и вариантами ВКБ не выявлено. Наблюдаются корреляционные связи между дистимным типом акцентуации личности и сензитивным вариантом ВКБ ($\text{сэксп}=0,792$; $p=0,01$; уровень значимости 1%), происходит формирование сензитивного варианта реагирования на болезнь у больных основной подгруппы при заострении застреваемых черт личности больных.

У больных контрольной группы сравнения отмечаются корреляционные связи между эмотивным типом акцентуации личности и сензитивным вариантом ВКБ ($\text{сэмп}=0,657$; $p=0,05$; уровень значимости 5%), при заострении эмотивных черт личности больных происходит формирование данного интерпсихического типа реагирования на болезнь. Наблюдаются корреляционные связи между застреваемым типом акцентуации личности и интернальностью в области межличностных отношений ($\text{сэмп}=0,918$, $p=0,01$; уровень значимости 1%) и эгоцентрическим вариантом ВКБ ($\text{сэмп}=0,989$; $p=0,01$; уровень значимости 1%), при проявлении данных характерологических особенностей повышается локус контроля на отношениях с людьми с эгоцентрическим типом реагирования на болезнь. Отмечаются корреляционные связи между гипертистой акцентуацией личности и ипохондрическим вариантом ВКБ ($\text{сэмп}=-0,832$; $p=0,01$; уровень значимости 1%) с отрицательным знаком, данный тип характерологических особенностей больных не предрасположен к ипохондрическому стилю реагирования на болезнь (коэффициент ранговой корреляции с интернальностью в области

семейных отношений попадает в зону незначимости). Наблюдаются корреляционные связи между ипохондрическим вариантом ВКБ и педантичным типом ($\text{сэмп}=-0,672$; $p=0,05$), и циклотимным типом ($\text{сэмп}=-0,670$; $p=0,05$; уровень значимости 5%) акцентуации личности больных с отрицательным знаком. Данные типы личности больных не предрасположены к ипохондрическому варианту реагирования на болезнь. Наблюдаются корреляционные связи между дистимным типом акцентуации личности и интернальностью в области производственных отношений ($\text{сэмп}=-0,835$; $p=0,01$; уровень значимости 1%) и здоровья-болезни (коэффициент попадает в зону незначимости), а также с эргопатическим вариантом ВКБ ($\text{сэмп}=-0,825$; $p=0,01$) с отрицательным знаком. При заострении дистимного склада личности у больных финно-угорской субпопуляции со средним уровнем развития этнического самосознания дезактуализируется сфера производственных отношений и не наблюдается механизм реагирования на болезнь по типу «бегства в работу».

Проведенный нами факторный анализ данных исследования больных соматоформными расстройствами из основной группы (шахтеры) позволил выявить пять групп показателей (таблица 2).

В первую группу вошли показатели: общая интернальность (0,918) и интернальность в области межличностных отношений (0,830). Интерпретация факторов первой группы: интернальность в сфере межличностных отношений имеет среднее значение, неформальные отношения зависят как от собственных установок больных, так и от регулирующего влияния партнеров по межличностному взаимодействию. Общая интернальность понижена – понижен локус контроля больных за важными, значимыми событиями жизни. Больные не видят связи между ними и происходящими событиями, не контролируют их развитие и полагают, что большинство происходящих событий – дело случая и действия других людей.

Таблица 2

Факторные матрицы данных исследования больных с соматоформными расстройствами из основной группы

Факторные нагрузки	F1	F2	F3	F4	F5
Ио	0,918				
Имо	0,830				
Возбудимая АЛ		0,799			
Застреваемая АЛ		0,858			
Неврастенический тип ВКБ		0,778			
Дисфорический тип ВКБ		0,876			
Гипертичная АЛ			0,923		
Педантичная АЛ			0,739		
Дистимный тип АЛ			0,723		
Тревожный тип АЛ				0,844	
Экзальтированный тип АЛ				0,770	
Гармоничный тип АЛ				0,822	
Ипохондрический тип ВКБ					0,812

Во вторую группу вошли показатели: возбудимый тип акцентуации личности (0,799), застраваемый тип акцентуации личности (0,857), неврастенический тип ВКБ (0,778), дисфорический тип ВКБ (0,876). Интерпретация факторов второй группы: возбудимый тип характеризует повышенная импульсивность, раздражительность и агрессивность. Моральные устои малозначительны, в порывах гнева возбудимость и импульсивность сопровождаются активизацией соответствующих действий, при этом осмысление происходящего затруднено и замедленно. Застреваемый тип акцентуации личности больных отличает чрезмерная стойкость аффекта со склонностью к формированию «сверхценных» идей, повышенная подозрительность и болезненная обидчивость, стойкость отрицательных эмоций и чувств. Больным свойственны честолюбие, самонадеянность и стремление к доминированию, высокая конфликтность, злопамятность с враждебностью к обидчикам. Неврастенический тип ВКБ характеризует поведение по типу раздражительной слабости со вспышками раздражения при неприятных ощущениях, при неудачах общения и лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и слезами. Нетерпеливость и неспособность ждать облегчения определяют поведение больных, часто завершающиеся раскаянием за беспокойство и несдержанность. При дисфорическом типе ВКБ доминирует мрачно-озлобленное настроение, постоянно угнетенный вид, зависть и ненависть к здоровым людям. Вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других сопрягаются с требованием особого внимания к себе и подозрительностью к процедурам и лечению.

В третью группу вошли показатели: гипертимный тип акцентуации личности (0,923), педантический тип акцентуации личности (0,739), дистимный тип акцентуации личности (0,723). Интерпретация факторов третьей группы: гипертимный тип личности характеризуется преимущественно приподнятым настроением, повышенной психической активностью и жаждой деятельности. Предприимчивость, инициатива, оптимизм свойственны больным. Вместе с тем чрезмерная веселость и живость не всегда позволяют довести дело до конца, быть обязательным, строго соблюдать социальные правила и нормы, дорожить своим авторитетом. Педантический тип личности отличает собранность, отражающая инертность психических процессов. Основательность, чёткость, завершенность в действиях, высокий самоконтроль позволяет больным выполнить работу пунктуально и добросовестно, но имеет место медлительность и малопродуктивность в мышлении, а в действиях – чрезмерная стандартность и предусмотрительность. Дистимный тип акцентуации личности отличает склонность к депрессии, сосредоточенность на мрачных сторонах жизни, медлительность и заторможенность. Серьезная настроенность

на дело и утонченность чувств обуславливает твердую жизненную позицию при фиксации на переживаниях минорных эмоций.

В четвертую группу вошли показатели: тревожный тип акцентуации личности (0,844), экзальтированный тип акцентуации личности (0,770), гармоничный тип ВКБ (0,822). Интерпретация факторов четвертой группы: тревожный тип личности определяет непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и опасности лечения. Больные проявляют выраженный интерес к объективным данным о болезни при фиксации на своих ощущениях. Часто наблюдается коморбидность тревожности и субдепрессивного фона настроения. Тревожная мнительность у больных касается опасений болезни, неудач лечения, возможных неудач в жизни, в работе, семейных ситуациях. Воображаемые опасности волнуют более чем реальные. Экзальтированному типу свойственен широкий диапазон эмоциональных состояний. Экзальтация проявляется в бурной реакции, сменяемости направлений активности, высокой эмпатии и впечатлительности, сильной привязанности к друзьям и другим. Искреннее и глубокое переживание чужих проблем усиливает реакцию людей этого типа. Гармоничный тип ВКБ характеризуется трезвой оценкой своего состояния без склонности преувеличения его тяжести и без оснований видеть всё в мрачном свете, но и без недооценки тяжести заболевания. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения свойственно больным при данном варианте реагирования на болезнь.

В пятую группу вошёл лишь один показатель – ипохондрический тип ВКБ (0,812), который характеризуется гиперпатией, фиксацией на нормальных и болезненных ощущениях в собственном теле. Многочисленные физические и параклинические исследования лишь укрепляют ипохондрическую настроенность больных, зачастую с негативным отношением к врачам, не «нашедших болезнь и не выявивших причину тяжелых страданий». Суждения пессимистичны, состояние нередко сочетается с тревогой, сниженным фоном настроения.

Факторный анализ данных исследования больных соматоформными расстройствами из контрольной группы позволил выявить также пять групп показателей (таблица 3).

В первую группу вошли показатели: демонстративный тип акцентуации личности (0,737), гипертимный тип акцентуации личности, дистимный тип акцентуации личности (0,870), эргопатический тип ВКБ (0,730), общая интернальность (0,857), интернальность в области достижений (0,943), интернальность в области семейных отношений (0,821). Интерпретация факторов первой группы: для демонстративного типа личности больных характерна выраженная потребность во внимании окружающих. Они

Таблица 3

*Факторные матрицы данных исследования больных
с соматоформными расстройствами из контрольной группы*

Факторные нагрузки	F1	F2	F3	F4	F5
Демонстративная АЛ	0,737				
Гипертимный тип АЛ	0,776				
Дистимная АЛ	0,870				
Ио	0,857				
Ид	0,943				
Исо	0,821				
Эргопатический тип ВКБ	0,730				
Возбудимый тип АЛ		0,882			
Тревожный тип АЛ		0,792			
Циклотимный тип АЛ		0,701			
Экзальтированный тип АЛ		0,700			
Ин			0,791		
Ипохондрический тип ВКБ			0,955		
Анозогностический тип ВКБ			0,854		
Меланхолический тип ВКБ			0,928		
Застреваемый тип АЛ				0,982	
Эмотивный тип АЛ				0,715	
Педантический тип АЛ					0,807
Ипо					0,887

тщеславны и авантюристичны, но целеустремлены. Поставив перед собой цель, они всеми способами будут её добиваться, нередко с помощью манипулятивного поведения. Образность мышления, раскованность в поступках позволяет им находиться в центре внимания. Гипертимный тип личности отличает приподнятое настроение, повышенная психическая активность, жажда деятельности, предпримчивость, инициатива, оптимизм. Больные берутся сразу за несколько дел одновременно, часто не доводя их до конца. Эмоции - фонтанирующие, способны увлечь других за собой. Больным свойственна некоторая поверхностность, особенно в понимании серьезности заболевания и необходимости усилий, прилагаемых для выздоровления.

Для дистимного типа личности больных характерна склонность к депрессии, сосредоточенность, медлительность и заторможенность. Серьёзная настроенность на дело и утонченность чувств обусловливают твёрдую жизненную позицию, но стимулирование жизнедеятельности ослаблено. Часто занимают позицию морализатора, трепетно относятся к устоям и нормам общества. Эргопатический тип ВКБ характеризуется уходом от болезни в работу. Тяжесть заболевания и душевные переживания не мешают отключиться от работы, отношение к работе выражено ещё в большей степени, чем до болезни. Отношение к обследованию и лечению избирательное, обусловленное желанием сохранять работоспособность и свой профессиональный статус. Интернальность в области семейных отношений понижена. Больные не считают себя ответственными за события, происходящие в их семье. В семейной жизни и принятии решений занимают пассивную позицию. Ин-

тернальность в сфере достижений понижена, больные не считают себя способными чего-либо добиться самостоятельно в своей жизни, перекладывая ответственность на помочь друзей, отношение начальства, волю случая или везения. Общая интернальность понижена, что характеризует низкий локус контроля над значимыми ситуациями в жизни. Больные не видят связи между своими действиями и значимым событием в жизни, не способны контролировать их развитие и полагают, что все они дело случая или помочь других людей.

Во вторую группу вошли показатели: возбудимый тип акцентуации личности (0,882), тревожный тип акцентуации личности (0,792), циклотимный тип акцентуации личности (0,701), экзальтированный тип акцентуации личности (0,700). Интерпретация факторов второй группы: тревожный тип личности больных характеризует непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и опасности лечения. Личностная тревога сопровождается моторным и вегетативным компонентами, что наиболее проявляется ярко при общении. Активно ищут сочувствия и поддержки, склонны преувеличивать силу фактора тревоги и недооценивать собственные возможности. Аккуратно выполняют рекомендации врачей, самостоятельно изучают медицинскую и парамедицинскую литературу. Часто наблюдается магифреническое восприятие действительности. Циклотимному типу личности свойственна ярко выраженная смена гипертимных и дистимных фаз. Характерной для больных является изменчивость настроения, поступков и действий без видимой причины. Экзальтированный тип

личности отличает способность к экстатическому восприятию мира, тонкое чувствование людей и их эмоциональных состояний. Аффективная сфера у больных богата, изменчивая: бурные реакции, сменяемость направление активности, высокая впечатлительность, сильная привязанность с искренними переживаниями за чужие проблемы столь же ярко проявляются и в реагировании на болезнь. Возбудимый тип личности отличает повышенная импульсивность, раздражительность и агрессивность. Моральные устои малозначительны, в порывах гнева не отдают отчет своим поступкам, осмысление которых затруднено и замедленно.

В третью группу вошли показатели: ипохондрический тип ВКБ (0,955), аноэгностический тип ВКБ (0,854), меланхолический тип ВКБ (0,928), интернальность в области неудач (0,791). Интерпретация факторов третьей группы: ипохондрический тип реагирования на болезнь отличает сосредоточение на субъективных болезненных и нормальных ощущениях. Больные стремятся постоянно рассказывать о них окружающим со склонностью к преувеличению страданий. Для больных характерно сочетание желания лечиться и неверие в успех, требование более щадящего обследования и в то же время - боязнь процедур. Аноэгностический тип реагирования на болезнь отличает активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных её последствиях. Присоединение факту наличия болезни «случайности» или несерьезности её проявлений. Необоснованно повышенное настроение сочетается с некритичным оптимизмом, пре轻нением к необходимости лечения и обследования. Меланхолический тип ВКБ характеризуется удрученностью болезнью, неверием в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Пессимистический взгляд на прошлое, настоящее и будущее потенцирует суицидальные высказывания больных. Характерно неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных. Интернальность в области неудач понижена. Больные склонны обвинять в разнообразных неприятностях и страданиях других людей или «невезение».

В четвертую группу вошли показатели: застраваемый тип акцентуации личности (0,982), эмотивный тип акцентуации личности (0,715). Интерпретация факторов четвертой группы: застраваемый тип личности больных отличает чрезмерная стойкость аффекта со склонностью к формированию сверх-

ценных идей, повышенная подозрительность и болезненная обидчивость, стойкость отрицательных эмоций и чувств. Повышенное честолюбие, самонадеянность и стремление к доминированию, высокая конфликтность, злопамятность проявляются у больных, как в повседневной жизни, так и при невротических расстройствах. Эмотивный тип личности больных отличает повышенная чувствительность, впечатлительность и глубина переживаний. Реакции больных проявляются в сопереживании, мягкотерпимости, растроганности. Под влиянием бурных событий легко впадают в отчаяние с обращением за помощью.

В пятую группу вошли два показателя: педантический тип акцентуации личности (0,807) и интернальность в области производственных отношений (0,887). Интерпретация факторов пятой группы: педантический тип личности больных отличается собранностью, инертностью психических процессов, основательностью, четкостью и завершенностью в действиях. Высокий самоконтроль делает их идеальными исполнителями, что проявляется и в лечении. Установки ригидны, действия – стереотипны, трансформация субъективной картины болезни и неадаптивных копинг-стратегий происходит медленно, иногда малопродуктивно. Интернальность в области производственных отношений понижена. Больные не считают себя способными стать организующим фактором своей карьеры, все успехи и неудачи в сфере производства приписываются товарищам, руководству, везению или случаю.

Таким образом, имеются достоверные взаимосвязи между преморбидными личностными особенностями и типами внутренней картины болезни больных с соматоформными расстройствами из основной и сравниваемой групп, которые определяют «терапевтические миши» профилактики и терапии соматоформных расстройств. Следует подчеркнуть, что корреляции доказывают лишь «сцепленность» психологических феноменов, но не детерминированность наличием одного - обязательное возникновение другого (типа ВКБ). Факторный анализ генерального параметра интеркорреляционных связей подтвердил, что факторами первого порядка и, соответственно, главными мишенями терапии являются интрапсихические конструкты – типы акцентуации личности, сферы субъективного контроля и типы внутренней картины болезни.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

к.м.н. А.З. Нургазина

г. Павлодар

Психическое здоровье по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) - это состояние благополучия, находясь в котором, человек осознает свои возможности, умеет справляться с обычными, повседневными жизненными стрессами, способен эффективно и плодотворно работать и может участвовать в общественной жизни.

Здоровье для всех и каждого, разработка основ реформирования государственного здравоохранения имеют несомненный приоритет в комплексе политических и социально-экономических проблем, решаемых в настоящее время обществом. Охрана индивидуального и общественного здоровья населения страны декларируется её конституцией, подкрепляется важнейшими законами.

В мировой литературе одно из первых определений понятия «психического здоровья» принадлежит К. Meninger (1946) - это удовлетворенность, ощущение счастья, уравновешенный темперамент, интеллектуальность и «примерное» социальное поведение.

При изучении проблемы психического здоровья одним из важных его этапов является определение качества жизни субъекта. Многие исследования показывают, что именно в данной сфере концентрируются основные угрожающие признаки деструктивности, дефицитарности.

В настоящее время общественное здоровье оценивается не распространностью инфекционных эпидемий, а качеством жизни населения. Концепция качества жизни в мире является объединяющей основой развития современной медицины (Куприянова И.Е., Семке В.Я., 2004).

По литературным данным общественное здоровье рассматривается в контексте определения Ю.П. Лисицына (1982): «... здоровье нечто большее, чем отсутствие болезней и повреждений, это возможность полноценно трудиться, отдыхать... свободно, радостно жить». Хорошее состояние здоровья индивидуума и его жизненное благополучие являются отражением удовлетворения его потребностей и адаптации в физической, психологической и социальной сферах жизни (Бурковский Г.В. и др., 1998). Адаптационные свойства личности и способность к самоорганизации выступают основополагающими характеристиками психического (психологического) здоровья (Катков А. Л., 1998, 2002). Качество жизни современного человека связано с благополучием психического здоровья и уровнем раз-

вития психологического здоровья (Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2002-2005; Бахан Н.А., 2005).

Наиболее важными концептуальными положениями, относящимися к характеристике психического и психологического здоровья, являются понятия «Качество жизни» и «Социальное функционирование».

ВОЗ предлагает понимать под качеством жизни «восприятие людьми своего положения в контексте культуральных ценностных ориентаций и в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами».

I.R. Elkinton сформулировал качество жизни следующим образом: «Что такое гармония внутри человека и между человеком и миром качества жизни, к которой стремится пациент, врач, все общество».

Baker F., Intaglitta I., Oliver I. et al., в 80-90-х годах отмечали, что рост интереса к вопросам качества жизни психически больных свидетельствуют о смещении акцента от изучения только психопатологии к расширению концепции психического здоровья, учитывающей социальные аспекты жизни больных. Это направление является личностно ориентированным, адресованным к индивидуальным нуждам каждого конкретного больного со всеми его характерологическими и социальными особенностями.

Концепция оказания психиатрической помощи отражена в Законе Республики Казахстан «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1997), определяющем правовые, социальные, экономические и организационные основы в сфере психиатрической помощи населению, включая гарантии и права граждан при ее оказании.

Понятие «качество жизни» используется для определения способности человека функционировать в обществе соответственно своему положению, а также для характеристики степени удовлетворенности человека своим физическим, психологическим и социальным состоянием. Категория «качество жизни» ориентирована на оценку потребностей, которые не поддаются количественному изложению, - писали в 2003 году В.И.Петров и Н.Н.Седова.

По данным Всемирной организации здравоохранения 25% всего населения Земли уже страдают или страдали различными психическими расстройствами, главным образом - депрессиями. Контингент выявленных больных составляет 450 миллионов человек, из них 160 млн. чел. с депрессией, депрессивными расстройствами, 24 млн. чел. с шизофре-

нией, 70 млн. чел. – алкоголизмом, 50 млн. чел. - эпилепсией.

На сегодняшний день, в каждой из четырех семей есть, по крайней мере, один человек, который страдает в данное время психическим расстройством. Ежегодно в мире 1 миллион человек заканчивает жизнь самоубийством, 20 миллионов человек совершают суицидальные попытки (Данные I национального конгресса «Психическое здоровье и безопасность в обществе», 2005).

Психическому здоровью человека, личности и общества в целом наносится ущерб в результате сложных социальных процессов нашего времени: прессинга экономической неустойчивости, нарастания межнациональных конфликтов, искажения межличностных отношений. Данные факторы вызывают внутреннюю напряженность, тревогу за свое существование и благополучие, беспокойство за своих близких. Это усугубляется манипулированием общественным сознанием человека, скрытым и явным физическим и психическим насилием над личностью и, как результат, ставит ее вне семьи, общества, государства, вызывая глубокую социальную дезадаптацию. В связи с этим происходит рост наркомании, токсикомании, пограничных психических расстройств, аффективной патологии; увеличивается число суицидов, которые все чаще уносят из жизни подростков и молодежь. Все виды проявления агрессии являются показателями снижения уровня психического здоровья.

Поэтому развитие Казахстана тесно связано с укреплением психического здоровья населения страны. На сегодняшний день состояние здоровья граждан Республики Казахстан (РК) является не только одной из характеристик благополучия страны, но и непременным атрибутом планируемых изменений в экономике и социальной политике. Вывести страну из экономического кризиса, разразившегося в последние годы, могут только здоровые люди, ощащающие заботу государства о себе и своих детях, уверенные в завтрашнем дне.

Состояние психического здоровья является интегральным показателем социальной ориентированности государства, отражающим степень его ответственности перед своими гражданами. Здравоохранение Казахстана является именно той отраслью, которая может укрепить эту уверенность или вызвать разочарование в политике государства. Вот почему вопросы реформирования здравоохранения стоят перед страной и обществом достаточно остро. Недаром все чаще слышатся призывы руководителей государства, политиков, ученых не только увеличивать финансовое обеспечение здравоохранения, но и проводить в отрасли реформы, направленные на совершенствование организации медицинской помощи, бережное и экономное использование ресурсов здравоохранения. Достичь же этого можно, изменения организационные техноло-

гии, обязательно используя при этом данные о демографической ситуации и ее прогнозе, об экономических показателях деятельности лечебных учреждений, применяя комплексный подход к планированию деятельности ЛПУ, учитывающий многие факторы, в том числе состояние здоровья, доступность медицинской помощи, возможности интегрирования усилий по ресурсообеспечению.

Государственная политика Республики Казахстан в сфере оказания психиатрической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, проводится на основе принципов (статья 3):

- законности, гуманности и соблюдении прав человека и гражданина;
- обеспечения оказания бесплатной и доступной медицинской помощи лицам, страдающим психическими заболеваниями;
- социальной защищенности граждан при предоставлении психиатрической помощи.

Реформирование и реструктуризация здравоохранения Казахстана во многом складывается из проводимых мероприятий по анализу и совершенствованию медицинской помощи в регионах страны. И одним из таких методов, относящихся к новым организационным технологиям, является аккредитация.

Аkkредитация – процедура признания особого статуса и правомочий физических и юридических лиц для осуществления медицинской и фармацевтической деятельности, а также для проведения независимой экспертной оценки деятельности субъектов здравоохранения в соответствии с установленными стандартами аккредитации. *Основная задача аккредитации* - стимулирование медицинских организаций к улучшению показателей качества медицинской помощи.

Результатом создания эффективной системы аккредитации в отрасли станут укрепление доверия населения к системе здравоохранение и медицинским работникам, снижение затрат здравоохранения за счет повышения эффективности медицинских услуг.

В настоящее время развитие здравоохранения в РК вступает в этап институциональных преобразований, развития кадрового потенциала, предоставления качественных медицинских услуг.

Действительность настоящего времени показывает, что возможности оказания психиатрической помощи сегодня не соответствуют принципам государственной политики в сфере оказания психиатрической помощи, провозглашенным в Законе РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Одним из основных вопросов, которые остро встают на сегодняшний день, является вопрос о том, как и каким образом, обеспечить высокое качество оказания психиатрической и профилактической помощи при существующем ограничении ресурсов. Прежде всего, основные проблемы оказания психиатрической помощи связаны, во-первых - с де-

фицитом самих кадров, оказывающих психиатрическую помощь (врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников и средних медицинских работников). Во-вторых - существующее сегодня лекарственное и социальное обеспечение лиц с психическими расстройствами имеет несоответствие и противоречит основному законодательному документу в психиатрии Закону «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Продолжающееся ухудшение психического здоровья населения в сложных социально-экономических условиях при дефиците ресурсов психиатрической ресурсов психиатрической службы требует принятия неотложных мер, способных нивелировать негативные процессы и тенденции психического здоровья. Возникает необходимость принять энергичные и эффективные меры в отношении тенденции к повышению уровня психического здоровья.

В качестве основных стратегий реализации тезисов ВОЗ рекомендует «...разрабатывать национальную политику в области психиатрии, соответствующие программы и законодательства; разви-

вать кадровые ресурсы; осуществлять мониторинг психического здоровья; оказывать поддержку научным исследованиям (Report on health care world wide situation, 2001).

Таким образом, возникает необходимость изменения подходов в профессиональном образовании специалистов в сфере охраны и развития психического здоровья населения – психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, социальных работников и других. Соответственно, должны использоваться новые информационные технологии в систематизации психиатрических знаний, требуется подготовка научно-педагогических кадров, освоение новых научных методов в сфере психического здоровья.

Для решения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных задач необходимо использовать комплекс различных направлений: социальных, педагогических, психологических, психиатрических общемедицинских, основанных на профессиональных знаниях различных специалистов: врачей, психологов, социальных работников, педагогов и т.д.

Использованная литература:

1. Закон Республики Казахстан «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
2. Алтынбеков С.А. «Перспективы совершенствования службы психического здоровья В Республике Казахстан». «Психиатрия, психотерапия жэне наркология» №4 - 4 - (10) декабрь 2006, Алматы.
3. Семке В.Я., Агарков А..П., Логунцова О.Н. «Охрана психического здоровья подрастающего поколения (региональный аспект)» Томск, 2004.
4. Алтынбеков С.А. Основные пути развития службы психического здоровья в Республике Казахстан. Материалы III Съезда психиатров, психотерапевтов, наркологов и медицинских психологов Республики Казахстан (10-11 сентября 2009 г.) Алматы, 2009.
5. Алтынбеков С.А., Елешиева Р.Г., Базарбаева Л.Е., Бакирова С.С. «К вопросу о создании мониторинга психического здоровья населения Республики Казахстан». Психиатрия, психотерапия ж?не наркология» №4-4-(14) декабрь 2007, Алматы.
6. Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. Психическое здоровье населения Республики Казахстан (по материалам комплексного исследования) – Павлодар, 2003 г.
7. Meninger K. The human mind. – New York, 1946.
8. Семке В.Я. «Место и задачи превентологии в системе охраны психического здоровья населения». «Психиатрия, психотерапия жэне наркология» №6(16) декабрь 2008 Алматы.

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Л.В. Бюрабекова, А.Т. Кайдарова, Г.М. Алпысбекова, Д.Б. Ашикбаева

В соответствии с подпунктом 3 статьи 6 Кодекса РК от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» постановлением Правительства Республики Казахстан утверждены Правила осуществления государственного контроля в области здравоохранения от 30 декабря 2009 года № 2296.

Согласно данным правилам, государственный контроль в области здравоохранения направлен на проверку соблюдения и исполнения требований законодательства Республики Казахстан, а также на предупреждение, пресечение и устранение правонарушений в области здравоохранения.

Государственный контроль в сферах оказания медицинских услуг осуществляют должностные лица государственных органов, уполномоченных на осуществление контрольных функций. Государственный контроль в области здравоохранения осуществляется в форме проверки, которая проводится в соответствии с законом Республики Казахстан от 12 января 2007 года № 224-III «О частном предпринимательстве».

Объектами государственного контроля в сфере оказания медицинских услуг являются медицинские услуги, оказываемые физическими и юридическими лицами, на соответствие качества и объемов предоставляемых медицинских услуг, рациональность назначения лекарственных средств, эффективность использования медицинской техники, качество и обоснованность проведения экспертизы временной нетрудоспособности, военно-врачебной, судебно-медицинской, судебно-психиатрической и судебно-наркологической экспертиз.

В целях повышения доступности и качества медицинской помощи разработан проект Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, одной из задач которой является развитие и совершенствование Единой национальной системы здравоохранения, с приоритетным развитием социально-ориентированной первичной медико-санитарной помощи и повышением солидарной ответственности граждан.

В рамках данной Государственной программы для обеспечения качества и безопасности медицинской помощи предполагается внедрение современных технологий организации и оказания диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических услуг, эффективность и безопасность которых (при конкретных заболеваниях или патологических состояниях) подтверждена в соответствии с

принципами доказательной медицины. Будет усовершенствована система управления качеством на уровне медицинской организации (внутренний аудит) и продолжена работа по повышению качества клинической практики и внедрению системы оценки медицинских технологий (на основе стандартизации, внедрения принципов доказательной медицины), развитию сервиса и пациент-ориентированных технологий. Будет усовершенствован внешний аудит качества медицинской помощи. Логическим продолжением внедрения современных технологий управления качеством будет продолжение аккредитации субъектов здравоохранения. Аккредитация медицинских организаций будет осуществляться на основе национальных стандартов, а в дальнейшем - на основе международных стандартов.

Совершенствование механизмов управления качеством и безопасностью медицинских услуг предполагает включение в себя:

- разработку и внедрение национальных стандартов здравоохранения;
- внедрение внутрибольничной системы управления качеством медицинских услуг, основанной на принципах непрерывного улучшения качества (CQI);
- совершенствование клинических руководств, протоколов диагностики и лечения, внедрение системы мониторинга эффективности их применения;
- развитие национальной аккредитации медицинских организаций, основанной на международных принципах;
- разработку и внедрение системы информирования населения об эффективности деятельности организаций здравоохранения;
- повышение потенциала и поощрение участия пациентов и сообщества в целом в процессе улучшения качества услуг здравоохранения;
- разработку системы рейтинговой оценки деятельности организаций здравоохранения на основе результатов внешнего и внутреннего аудита, с учетом отзывов пациентов;
- совершенствование системы подготовки независимых аккредитованных экспертов.

Кроме того, будут усовершенствованы нормативно-правовые акты, обеспечивающие соблюдение международных и национальных стандартов качества медицинской помощи и регламентирующие права пациентов и медицинских работников.

Также, Комитетом контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан проводится работа по развитию института независимой экспертизы. Ежегодно проводится обучение основам экспертной деятельности за счет средств республиканского бюджета в медицинских образовательных организациях. Так в 2010 году обучаются порядка 550 специалистов практического здравоохранения.

На сегодняшний день в банке данных аккредитованных независимых экспертов состоят порядка 300 специалистов из числа представителей различных профилей, в том числе 16 неправительственных организаций - ассоциаций медицинских организаций, профессиональных ассоциаций врачей отвечающих

определенным требованиям к образованию, опыту работы, уровню профессионализма.

Независимые эксперты широко привлекаются к экспертизе качества медицинских услуг, проведению аттестации на профессиональную компетентность медицинских кадров, руководителей государственных органов и организаций здравоохранения, аккредитации организаций здравоохранения и к другим контрольно-разрешительным процедурам государственного органа. Среди независимых экспертов большинство составляют представители медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников, организаций здравоохранения независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, медицинской науки и образования.

НЕОБХОДИМОСТЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВЫХ МАСТЕРСКИХ

В.И. Ефимова

В постановлении коллегии Министерства здравоохранения РК «О состоянии психиатрической и наркологической помощи в Республике Казахстан» от 31 мая 2010 года говорится о недостаточной организации медико-социальной помощи психически больным. Коллегия постановила: «Начальникам управлений здравоохранения областей развернуть недостающие звенья службы психического здоровья: дневные стационары, лечебно-трудовые мастерские (срок: в течение 2011 года)».

Именно концепция реабилитации является одной из ключевых проблем современной медицины, особенно психиатрии, где заболевания, часто имеющие тенденцию к затяжному течению, частым рецидивам, ведут к социально-трудовой дезадаптации и инвалидизации больных. «Если реформа Филиппа Пинеля в конце XVIII века возвела умалишенного в ранг больного, то реабилитация возводит душевнобольного в ранг гражданина [3].

О необходимости реабилитации психически больных думает каждый психиатр при выписке больного, а также при его скором повторном поступлении. Каким бы эффективным ни было лечение в стационаре, при отсутствии реабилитационных мероприятий после выписки улучшение будет временным, нестойким. При отсутствии программ реабилитации неуклонно растет контингент больных, страдающих госпитализмом, оседающих до конца своей жизни в стенах больницы. У таких пациентов нарушаются семейные, социальные связи, наступает трудовая дезадаптация. Большое количество лиц, психически больных, стойко утративших трудоспособ-

ность, и тенденция к их накоплению в психиатрических больницах ставят множество проблем перед государством и здравоохранением. В современных условиях должна получить приоритетное направление трудовая реабилитация лиц, психически больных. Это единственная лечебная методика, требующая наименьших затрат.

Трудотерапия уникальна не только с экономической (больные могут производить вещи, необходимые для лечебного учреждения: шить постельное белье, рабочую одежду, мастерить простейшую мебель и т.д.), но и в большей степени с лечебной и гуманитарной точек зрения. Труд, как активная, сознательная организованная и коллективная деятельность способствует развитию и укреплению у больных волевых способностей, контролирующих, регуляторных и мыслительных функций мозга, помогает установлению межличностных контактов, преодолению замкнутости и одиночества, восстановлению здоровых интересов и форм поведения, обретению смысла в жизни, повышению самооценки, отвлечению от тягостных переживаний. Необходимость совершать физические усилия и координировать их благоприятно сказываются на состоянии сердечно-сосудистой, дыхательной систем, на координации движений и на адаптационных возможностях организма. Эти лечебные и социализирующие факторы, естественно и гармонично вносимые в жизнь больных посильным и приятным трудом, незаменимы никакими другими методиками лечения [1, 2]. Рационально в связи с этим восстановление работы лечебно-трудовых мастерских. Данные предприятия функционировали

практически в каждой психиатрической больнице до времен оптимизации в системе здравоохранения. В течение последних 10-15 лет их практически не осталось на территории Казахстана.

Мы провели опрос 60 пациентов мужских отделений на предмет их отношения к работе в лечебно-трудовых мастерских (далее ЛТМ). Все 100% больных изъявили желание посещать ЛТМ и заниматься там полезным трудом. У большинства больных (86%) данные мотивы сочетаются с лечебно-оздоровительными мероприятиями – желанием отвлечься от неприятных переживаний, восполнить дефицит двигательной активности. С возможностью сконцентрироваться на работе пациенты получают удовлетворение от выполнения поставленных задач. Следует отметить, что 7% пациентов выразили желание заниматься в мастерской для профилактики болезни. И 7% пациентов выразили потребность – общение с новыми людьми, в том числе, другого пола. Так или иначе, все опрошенные лица выразили положительное отношение к возобновлению работы ЛТМ, подняли вопрос о возможности оплаты их труда и о возможности посещать ЛТМ после выписки из стационара.

Какие первоочередные задачи стоят перед здравоохранением для реабилитации психически больных посредством трудотерапии?

Первое - это восстановление зданий лечебно-трудовых мастерских с оснащением их производствен-

ным оборудованием - швейные машинки, токарные станки, компьютеры и т. д.

Второе - это подготовка кадров для трудотерапии психически больных. Для работы в этой сфере требуется компетентность в смежных областях – в социальной психологии, педагогики, психотерапии и др.

Третье - это создание методических материалов и поиск новых подходов к организации учреждений по трудовой реабилитации психически больных при психиатрических больницах [4].

Таким образом, восстановив работу лечебно-трудовых мастерских, мы решим следующие проблемы. Прежде всего, улучшим качество жизни этой категории больных посредством вовлечения в интересную и содержательную деятельность, добьемся стабилизации психического состояния, поможем преодолеть негативные последствия социальной изоляции, предупредим новые обострения болезни, поддержим коммуникативные навыки, повысим самооценку и самосознание. Тем самым повлияем на основные показатели психиатрической службы: сократится длительность пребывания в стационаре, уменьшится количество повторных госпитализаций, снизится процент первичного выхода на инвалидность.

Использованная литература:

1. Лебединский М.С., Мясищев В.Н. *Введение в медицинскую психологию.* - Л., 1966.
2. Клинические и организационные основы реабилитации психически больных / под М.М. Кабанова, К. Вайзе. - М., 1980.
3. Красик Е.Д. *Психическое здоровье общества и реабилитация психически больных // Журнал Социальная и клиническая психиатрия.* - М., 1992.
4. Карпов А.М. *Соотношение интересов участников и организаторов трудовой реабилитации психически больных // Журнал социальная и клиническая психиатрия.* - 1992. - № 4.

РАБОТА С РОДСТВЕННИКАМИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

В.И. Ефимова

г. Павлодар

Значительная роль в социальной реабилитации лиц, психически больных, отводится родственникам пациентов. Именно они оказываются рядом во время обострений, на их плечи ложится огромная работа по возвращению пациента к обычной жизни. Они обеспечивают дома поддерживающее лечение, оказывают больным психологическую поддержку, в которой подчас нуждаются сами.

С.Я. Бронин отмечает, что совместное проживание с душевнобольными и лицами с грубой психической патологией является уделом и важным непротиворечивым фактором большой части населения [1]. Исследователь даже выделяет в отдельную

группу неврозы членов семей душевнобольных и алкоголиков.

Дезадаптация семьи душевнобольного лица обусловлена:

- а) ситуацией хронического стресса у членов семьи, связанной с бременем проживания с больным родственником и ухода за ним;
- б) чувством вины по отношению к больному;
- в) тенденцией таких семей к защите от внешнего окружения, осуществляющей в форме социальной изоляции.

Отношение в семьях к лицам, психически больным, в процессе заболевания претерпевает следующие изменения.

На первом этапе возникает чувство растерянности и непонимания происходящего, признаки психического заболевания патологическими не считаются, особенности поведения трактуются как отклонения характера, последствия стресса и т.д.; по инициативе родных расширяется круг обследований, в которых часто нет необходимости (например, магнитно-резонансная томография, поиски паразитов в крови и т.д.), отрицаются необходимость госпитализации и приём поддерживающего лечения.

На следующем этапе признаки заболевания становятся очевидными, и члены семьи начинают чрезмерно и назойливо опекать пациентов, занимаются поиском экстрасенса, «бабушки», посещают «священные места», настаивают на проведении иглотерапии. Отмечено, что часто после этих мероприятий ухудшается состояние пациентов.

На третьем этапе приходит признание собственной беспомощности, контакты становятся все более формальными, возникает психологическая отгороженность от больного. На этом этапе семьи распадаются. Как правило, больные остаются с престарелыми матерями или старшими сестрами, жены, мужья, дети их оставляют

Отсутствие необходимой информации приводит к вышеуказанным типам отношения к душевнобольным. В ходе работы с семьями главная задача психиатра – это разъяснить природу психического страдания, рассказать о первых признаках ухудшения, мерах предупреждения обострения.

Родственники психически больных людей должны знать:

- 1) о многофакторной природе психических заболеваний;
- 2) о наиболее часто встречающихся симптомах болезни и их проявлении в поведении больного;
- 3) социально-правовые вопросы при недобровольной госпитализации больных, с тем, чтобы избежать последующего чувства вины у семьи и обвинений со стороны больного;
- 4) роль медикаментозной терапии в предупреждении повторных или частых госпитализаций, принцип действия и побочные действия лекарственных средств. С учётом того, что многие считают психотропные препараты скорее вредными, чем полезными, важно информировать семьи о том, насколько эффективны современные методы лечения при определённых расстройствах.
- 5) медицинские учреждения, социальные службы, оказывающие психиатрическую помощь.

Поведение членов семьи душевнобольного должно основываться на следующих правилах:

- осознание, что любая продолжительная болезнь требует периода приспособления к ней;
- стремление к выполнению определенного режима и распорядка дня;
- избежание эмоциональных сцен и стрессовых ситуаций;

- обращения и просьбы к больному должны облекаться в спокойную, убедительную форму;
- необходимо стимулирование личной гигиены и соблюдение других повседневных правил жизни больным в семье;
- не следует игнорировать присутствие больного, даже если кажется, что он не прислушивается к тому, что происходит;
- говорить с больным надо медленно, спокойно, четко; давать распоряжения и задавать вопросы необходимо по одному, так как несколько сделанных распоряжений или заданных вопросов могут привести больного к замешательству;
- попытки разубедить больного в его ошибочных убеждениях обычно не достигают своего результата и зачастую заканчиваются ухудшением семейных отношений, нарушением взаимного доверия;
- следует избегать лишней критики;
- стремиться внушать больному уважение к самому себе с одобрением его успехов, как бы малы и незначительны они не были;
- обеспечивать: и возможность общения с окружающими людьми, и возможность уединения, когда это необходимо;
- стремление убедить больного принимать лекарства и своевременно обращаться к врачу.

Уменьшение рецидивов расстройств психики

Уменьшению рецидивов способствует упорядоченный повседневный стиль жизни, оказывающий максимальное терапевтическое действие и включающий в себя регулярные физические упражнения, отдых, стабильный распорядок дня, сбалансированное питание, отказ от наркотиков и алкоголя и регулярный приём препаратов, назначенной врачом поддерживающей терапии.

Признаками приближения рецидива могут быть:

1. Любое существенное изменение в поведении или режиме дня (сон, еда, общение).
 2. Отсутствие, избыток или неадекватность эмоций или активности.
 3. Любые особенности поведения, которые наблюдались накануне прошлого эпизода болезни.
 4. Странные или необычные суждения, мысли, восприятия.
 5. Затруднения в обычных делах.
 6. Обрыв поддерживающей терапии, отказ посещать психиатра.
 7. Заметив настораживающие признаки, примите следующие меры:
- поставьте в известность лечащего врача и попросите решить, не нужно ли скорректировать терапию;
 - устраните все возможные внешние стрессовые воздействия на больного;

- сведите к минимуму (в разумных пределах) все изменения в привычной ежедневной жизни;
- обеспечивайте как можно более спокойное, безопасное и предсказуемое окружение.

Таким образом, применяя психообразовательные и психокоррекционные программы, развивая партнерские отношения с семьями наших пациентов, мы способствуем улучшению качества жизни и тех и других лиц.

Вместе с тем, изменив показатели работы психиатрической службы в целом, возможно уменьшение количества регоспитализаций, снижение процента первичного выхода на инвалидность, сокращение длительности пребывания больного в стационаре.

Литература:

1. Бронин С.Я. *Малая психиатрия большого города*. - М., 1998. - 246 с.

ВОСПИТАНИЕ БУДУЩЕГО ВРАЧА

Г.М. Кудьярова

Обучение в медицинском высшем учебном заведении профессии врача требует от студентов определенных качеств необходимых для будущей работы. В ВУЗ поступают молодые люди из разных областей Казахстана как из числа городского, так и сельского населения, обладающие этнокультуральными особенностями. Всё это требует шлифовки многих качеств студентов, чтобы прийти к общему знаменателю при формировании личности будущего врача. К сожалению, прием абитуриентов через тестовые задания не всегда позволяет выявить интеллектуальные способности будущих студентов. Отсутствие психологического тестирования при поступлении является брешью для лиц, которые в последующем будут работать врачами. К ним могут относиться лица с психопатическими чертами личности: взрывчатые, тревожно-мнительные, демонстративные акцентуированные. Среди общей массы абитуриентов сделать отсев невозможно, потому что главными в оценке поступающих в ВУЗ молодых людей являются баллы. С введением платного обучения в медицинском ВУЗе конкурс проходят лица недостаточно эрудированные, не имеющие общей информационной грамотности. Когда студенты 5-6 курсов приходят к нам на кафедру, то у некоторых из них общий уровень образованности довольно низкий. Некоторые из них незнакомы с даже такими писателями как А.П. Чехов, Ф.М. Достоевский, Л.Н. Толстой, М.А. Ауэзов, Н.В. Гоголь и т.д. Более обидно, что студенты незнакомы с произведениями Олжаса Сuleйменова, Великого Абая, Ильяса Есенберлина, Чингиза Айтматова и многих других. Такие литературные произведения как «Война и мир», «Братья Карамазовы», «Мёртвые души», «Шинель», «Смерть чиновника», «Палата № 6», «Аз и я», «Путь Абая», «И дольше века длится день» влияют на формирование врача, как личности. Человеческая жизнь, во всех аспектах связанная с бытом, жизненными трудностями, горем, переживаниями, как раз

и становится полем для возникновения новых болезней как душевных, так и соматических. Врач обязан быть не только специалистом, знающим хорошо анатомию, латинский язык, сердечно-сосудистую систему и т.д., но каждый врач должен быть и психотерапевтом, и психологом. Слово - лечит, слово - калечит, грубое слово с уст медицинского персонала усугубляет болезненное состояние пациента.

Студенты заявляют, что из-за «загруженности» занятиями и отработками они не успевают посещать музеи, театры, но при этом бесцельно проводить время в кафе они могут. Студенты редко бывают в театре оперы и балета, не посещают спектаклей в драмтеатре, есть студенты, которые никогда не были в Центральном музее им. А. Кастеева, в историческом музее и т.д.

Теперь хотелось бы остановиться и на культуре поведения студентов. Определенная часть студентов слепо подражает культуре Запада. Студентки, имея прекрасные волосы, не заплетают их в косы, на занятия приходят с распущенными длинными волосами, которые могут закрывать глаза, пол лица, а в острых отделениях клиники даже представлять опасность (возбужденный больной может схватить за распущенные волосы). Другие же, наоборот, под видом исповедования религии ислама стали одеваться в чуждые для нашего народа одежды, с закрыванием всего себя кроме лица. И в этих балахонах (чаще всего черных и серого цвета) они приходят на практические и лекционные занятия и в клинику.

К сожалению, не всегда удается привить чувство адекватности будущим врачам. Мне лично не представляется, как врач на приёме в такой чуждой для этнокультуральности нашей страны одежде, с повязкой на голове, с длинными рукавами, особенно в хирургическом отделении и в родильном блоке, будет работать. Другая крайность, особенно в весенне-летнее время студенты на занятия приходят в шортиках, буквально оголенные, с открытым бюс-

том, с голыми «пузиками» и макияжем, присущим только артистам в цирковом представлении. Следует заметить, что при встрече с преподавателями некоторые студенты не приветствуют его, дорогу старшим не уступают. Студенты первого курса, обучающиеся коммуникативным навыкам на территории психиатрической клиники, увидев душевнобольных, гогочут, громко разговаривают, вступают с больными в пререкания. Абсолютно нет деонтологического чутья у многих наших студентов. Наши больные для них как театрализованное представление. Вряд ли, проведение занятий на первом курсе без клинической подготовки в психиатрической больнице является правильным. Для студентов на этом этапе обучения еще не существует понятия **«врачебная тайна»**.

Нам преподавателям при преподавании по любой врачебной специальности необходимо проводить работу по формированию личностных качеств будущего врача: сострадание, терпеливость, выдержка, скромность, высокая эрудиция, интеллигентность. Самый даже образованный врач, не имея этих качеств, не может успешно лечить больного, у него полностью должны быть исключены равнодушие, формальность, безграмотность.

Обучение в медицинском ВУЗе накладывает свой **медицинский отпечаток** на формирование врача, никакие лекарства, никакое оборудование, никакая современная технология не могут принести успеха, если во главе не будет стоять врач, несоответствующий высокому званию **врача**.

Среди врачебных профессий - профессия врача-психиатра занимает особое место. Прежде всего, личность врача-психиатра должна быть гармоничной, высоко эрудированной. В наше время, когда в мире так много больных с невротическими расстройствами, неврозами, с патологией поведения, употребляющих ПАВ, значительно количество больных с соматизированными депрессиями, с сосудистым поражением головного мозга, детей с резидуально-органическими осложнениями, врач-психиатр должен обладать энциклопедическими знаниями.

Труд врача психиатра очень тяжелый, трудный, но самый гуманный, благородный. Кто больше всех из врачей встречается с человеческой болью, горем, нерешенными семейными проблемами и другими микросоциальными катаклизмами – конечно, это врач-психиатр. Поэтому труд врача-психиатра должен достойно оплачиваться и быть социально защищенным.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТИХ ФОРМИРОВАНИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Б.Т. Мурзахметов

г. Уральск

Соматоформные расстройства (далее СФР) являются широко распространенным видом психических нарушений, и особое внимание исследователей привлекает проблема поиска причинных факторов развития СФР. Цель настоящего исследования - попытаться основных положений теории психодинамического конфликта, являющейся одной из наиболее часто используемых концепций, объясняющей особенности формирования СФР.

Данная концепция была предложена F. Alexander (1951) и по сути своей представляет вариант психогенетической теории СФР. Он рассматривает в качестве причинного фактора, обуславливающего манифестацию соматовегетативных расстройств, вытесненные в подсознание невротические комплексы, формирование которых (в отличие от конверсионных расстройств) сопровождается протагированными физиологическими и эмоциональными нарушениями. При этом психогенетические механизмы рассматриваются в сопряженности с физиологическими и патологическими соматическими процессами. Изучая патогенетические механизмы психосоматических расстройств, F. Alexander отмечает, что главным звеном в манифестации того или ино-

го заболевания являются не индивидуальные особенности (личностные, соматические) пациента, а некие общие для разных людей и одновременно специфичные для определенной патологии неосознанные эмоциональные конфликты.

В сфере гастроэнтерологической патологии F. Alexander выделяет три варианта психосоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта – желудочный (*gastric type*), колитический (*colitis type*) и с преобладанием запоров (*constipational type*). В рамках второго и третьего типов исследуются психопатологические расстройства у больных с типичными (по современным представлениям) формами одного из наиболее распространенных СФР – синдрома раздраженного кишечника (СРК): СРК с преобладанием диареи и сочетанный (диарея-запоры) при колитическом типе и СРК с преобладанием запоров. Функциональные расстройства при колитическом типе ограничиваются нарушениями функции желудка («nevroz желудка»). В рамках колитического типа представлены случаи периодических пароксизмальных абдоминальных (острые колющие боли в области живота), сопряженных с повышенной частотой позывов на дефекацию, диареей и

обильными слизистыми выделениями. У пациентов со стойкими запорами F. Alexander отмечает склонность к навязчивым сомнениям и депрессивную симптоматику (включая идеи собственной вины). При этом специфичный для подобного рода расстройств эмоциональный конфликт, занимающий, по автору, центральное место в патогенезе функциональных нарушений кишечника с преобладанием диареи, автор формулирует, как «желание получать и требовать, в сочетании с готовностью отдавать что-либо взамен». У пациентов со стойкими запорами F. Alexander (отмечая склонность к навязчивым сомнениям и депрессивную симптоматику, в том числе идеи собственной вины), определяет основной эмоциональный конфликт, как «отказ отдавать и желание сохранить то, что получено». Сходным об-

разом в основе артериальной гипертензии, в том числе и при транзиторных подъемах артериального давления в рамках (исходя из клинических характеристик) кардионевроза рассматривается подавление агрессивных тенденций при невозможности самостоятельно контролировать (психически или физически) собственные агрессивные устремления.

Таким образом, концепция психодинамического конфликта пытается выделить ключевые эмоциональные конфликты, на основании которых интерпретируется динамика заболевания. Несмотря на имеющиеся отличия подходов описанной концепции от традиционных отечественных подходов к диагностике и лечению СФР, как показывает наш опыт, применение их в структуре комплексной терапии СФР, способствует повышению ее эффективности.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ (обзор литературы)

Б. Т. Мурзахметов

г. Уральск

Соматоформные расстройства (далее СФР) являются широко распространенным видом психических нарушений, и проблема их клинического объяснения остается предметом научных споров. Можно выделить 2 основных подхода к изучению СФР - психоцентрический, поддерживаемый большинством исследователей – психиатров, и соматоцентрический, представителями которого являются преимущественно ученые - непсихиатры.

Целью настоящей публикации является освещение основных положений теоретических концепций формирования соматоформных расстройств (далее СФР) с позиций т.н. психоцентрического направления.

В рамках этого направления основное место занимают следующие концепции: психогенеза (представлена преимущественно в работах психоаналитического направления), реализации психической патологии в сфере телесных расстройств и личностно ориентированные.

1. Концепции психогенеза

Концепции психогенеза исторически связаны с понятием конверсии, разработанным S. Freud [1]. Невротические дисфункции внутренних органов интерпретируются как результат «перемещения энергии» неразрешенного и субъективно непереносимого эмоционального конфликта в соматическую сферу. Дальнейшее развитие концепция конверсии получает в виде работ предусматривающих распространению психодинамических интерпретаций не только на все функциональные расстройства

в рамках СФР, но и вообще на любые соматические заболевания. Так, в работах G. Groddeck [2, 3] всем соматическим симптомам присваивается символическое значение, а их формирование напрямую связывается с реализацией энергии бессознательного («Оно»). Причем в числе потенциальных мишеней для переноса либидинозной энергии указываются практически все внутренние органы. Сходные интерпретации патогенеза соматических заболеваний представлены в работах F. Deutsch [4, 5], E. Simmel [6] и целого ряда других психоаналитиков.

Психогенетической является теория специфического для болезни психодинамического конфликта F. Alexander [7], которая рассматривает в качестве причинного фактора, обуславливающего манифестиацию соматовегетативных расстройств, вытесненные в подсознание невротические комплексы, формирование которых (в отличие от конверсионных расстройств) сопровождается протрагированными физиологическими и эмоциональными нарушениями. При этом психогенетические механизмы рассматриваются в сопряженности с физиологическими и патологическими соматическими процессами. Изучая патогенетические механизмы психосоматических расстройств, F. Alexander отмечает, что главным звеном в манифестиации того или иного заболевания являются не индивидуальные особенности (личностные, соматические) пациента, а некие общие для разных людей и одновременно специфичные для определенной патологии неосознанные эмоциональные конфликты.

В сфере гастроэнтерологической патологии F. Alexander выделяет три варианта психосоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта – желудочный (gastric type), колитический (colitis type) и с преобладанием запоров (constipational type). В рамках второго и третьего типов исследуются психопатологические расстройства у больных с типичными (по современным представлениям) формами одного из наиболее распространенных СФР – синдрома раздраженного кишечника (СРК): СРК с преобладанием диареи и сочетанный (диарея-запоры) при колитическом типе и СРК с преобладанием запоров. Функциональные расстройства при колитическом типе ограничиваются нарушениями функции желудка («невроз желудка»). В рамках колитического типа представлены случаи периодических пароксизмальных абдоминалгий (острые колющие боли в области живота), сопряженных с повышенной частотой позывов на дефекацию, диареей и обильными слизистыми выделениями. У пациентов со стойкими запорами F. Alexander отмечает склонность к навязчивым сомнениям и депрессивную симптоматику (включая идеи собственной вины). При этом специфичный для подобного рода расстройств эмоциональный конфликт, занимающий, по автору, центральное место в патогенезе функциональных нарушений кишечника с преобладанием диареи, автор формулирует как “желание получать и требовать в сочетании с готовностью отдавать что-либо взамен”. У пациентов со стойкими запорами F. Alexander (отмечая склонность к навязчивым сомнениям и депрессивную симптоматику, в том числе идеи собственной вины), определяет основной эмоциональный конфликт как “отказ отдавать и желание сохранить то, что получено”. Сходным образом в основе артериальной гипертензии, в том числе, и при транзиторных подъемах артериального давления в рамках (исходя из клинических характеристик) кардионевроза рассматривается подавление агрессивных тенденций при невозможности самостоятельно контролировать (психически или физически) собственные агрессивные устремления.

Среди современных публикаций имеет место попытка совмещения психодинамического подхода с современными методами объективного исследования органных систем [8]. В ряду СФР авторы рассматривают группу психосоматических расстройств, протекающих с функциональными расстройствами сердечно-сосудистой (кардионевроз), бронхолегочной (синдром гипервентиляции) и пищеварительной (синдром комы в горле, раздраженного желудка и раздраженного кишечника, включающий эмоциональную диарею, функциональные запоры, синдром возбужденной толстой кишки). При этом, как и в работах других авторов, придерживающихся психодинамического метода в объяснении природы страдания, основное внимание направлено на выделение ключевых эмоциональных конфликтов, на

основании которых интерпретируется динамика заболевания и разрабатываются рекомендации по психотерапии. Так в основе кардионевроза лежит «конфликт разрыва» с субъективно значимым объектом у амбивалентной личности, которая обнаруживает, с одной стороны, способность к самозащите, а с другой – ограниченность своих возможностей и зависимость», реализующийся формированием функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы при соучастии патогенного фактора – ситуации разлуки и утраты.

В то же время следует отметить присутствие психопатологического анализа сопутствующей нарушениям функций внутренних органов психических расстройств, преимущественно – симптомов патологической тревоги. В частности, рассматривая кардионевроз и синдром гипервентиляции W. Brautigam с соавторами [8] отмечают сопряженность кардиалгий, нарушений ритма сердечных сокращений и дыхания с паническими атаками и ипохондрическими фобиями. Указывается также связь нарушения моторной функции кишечника с астенической симптоматикой, «ипохондрической настороженностью» со склонностью к фиксации на деятельности желудочно-кишечного тракта кишечника и вопросах диеты (запоры, эмоциональная диарея), а также приступами страха (раздраженная толстая кишка).

2. Реализация психической патологии в сфере телесных расстройств

Многие исследователи указывают на сопряженность формирования и динамики функциональных нарушений с психогенными факторами. Первые детальные описания основных вариантов СФР связывают с работами Da Costa [9]. В дальнейшем были получены убедительные эмпирические данные, подтверждающие связь между опытом негативных событий в жизни и появлением функциональных симптомов в рамках сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем [10-14]. Среди этиологических факторов СФР указывается достаточно широкий спектр психотравмирующих ситуаций – угроза потери близкого, социальные конфликты (семейных, профессиональные), вынужденное нарушение сложившихся жизненных стереотипов, материальная неудовлетворенность и пр. [15, 16].

Той же позиции придерживаются В.Д. Тополянский и М.В. Струковская [17]. По мнению авторов, выбор органа при психогенно обусловленных невротических состояниях определяется не столько локальной уязвимостью (врожденной, приобретенной), сколько «настроенностью» ЦНС именно на этот орган. Таким образом, приоритет в формировании СФР вновь отдается центральным корковым структурам, а топическая проекция функциональных нарушений объясняется рядом сопутствующих факторов, таких как особенности эмоции, конституции и прошлого опыта пациента.

Значение общих корковых механизмов в формировании психосоматической патологии, в том числе и стойких функциональных нарушений, доказывается в экспериментальных исследованиях И.П. Павлова и его последователей. Психосоматические нарушения рассматриваются как сложные структурированные «рефлексы», соответствующие основной схеме условного рефлекса (афферентная дуга с центральной переработкой стимула – эфферентная дуга с соматической реализацией возбуждения). В рамках экспериментальных неврозов показано, что вследствие совпадения во времени двух условных рефлексов на противоречащие друг другу раздражители с безусловным рефлексом у животных формируются значительные соматические нарушения от вегетативных дисфункций (изменения сердечно-гого ритма, артериального давления, частоты и глубины дыхания, перистальтики и пр.) до органического поражения тканей (необратимая артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, язвенное поражение кишечника и др.). В дальнейших исследованиях рассматриваемого направления постулируется единый центральный механизм соматовегетативных расстройств, а парциальность ответа на стимул (раздражение) связывается с влиянием дополнительных факторов (например, ограничение зоны интероцептивного раздражения). Как указывает Захаржевский В.Б. (1990) применительно к висцеральным проявлениям невроза можно говорить лишь о большей выраженности, акцентуированности функциональных расстройств в той или иной топической проекции, но не об истинной избирательности на уровне центральных структур.

В рамках психоцентрического подхода формулируется концепция соматизации как «базисного механизма» реакции человека на стресс. Соматизация определяется как «выражение личностного или социального дистресса в идиоме телесных жалоб с требованием медицинской помощи» [18]. Выделяются три основных компонента соматизации: собственно телесных ощущений, когнитивный (осмысление и интерпретации симптомов пациентами в аспекте угрозы собственному здоровью) и поведенческий (действия и социальные связи субъекта, которые вытекают из интерпретации собственных ощущений) [19]. В числе факторов, предрасполагающих к соматизированным реакциям, указывается выраженная истерическая (гистрионных) черт [20]. В рамках таких представлений все функциональные нарушения и алгические синдромы интерпретируются как соматические проявления личностных, тревожно-фобических, аффективных расстройств: соответственно вводятся понятия соматизирующихся личностей, соматизированной тревоги, соматизированной депрессии [18]. Как отмечает Z.J. Lipowski [19] соматизация часто развивается как результат физиологического сопровождения эмоционального раздражителя, существенной части первичного психического расстройства:

внимание пациента фиксируется на типичных соматовегетативных проявлениях тревоги, таких как нарушения функции дыхания (гипервентиляция), боль грудной клетке, сердцебиение, расстройства желудочно-кишечного тракта.

Однако психогенно обусловленные невротические расстройства с функциональными нарушениями далеко не исчерпывают всех вариантов формирования и течения СФР. Напротив, в соответствии с данными ряда исследований СФР нередко обнаруживают тенденцию к многолетнему хроническому течению. Причем частота хронификации функциональных расстройств оценивается от примерно 1/4 - 1/3 при кардионеврозе и гипервентиляции до 2/3 у пациентов с синдромом раздраженного кишечника [21-25]. При этом, как уже указывалось выше, функциональные расстройства при невротических реакциях, протекающих по типу СФР, рассматриваются в ряду висцеро-вегетативных нарушений, свойственных неврозам в целом без учета возможности их связи с сопутствующей субклинической соматической патологией.

После внедрения в клиническую и исследовательскую практику синдромально ориентированных классификаций психических расстройств (DSM-III, DSM-III-R, МКБ-10) результаты исследований по изучению связи функциональных нарушений внутренних органов с различными формами патологической тревоги, преимущественно - паническим и генерализованным тревожным расстройством показали сопряженность тревожной патологии с сердечно-сосудистой и дыхательной системой более, чем в 60%, желудочно-кишечного тракта – 34% [16, 26, 27].

В рассматриваемых работах стойкое персистирование функциональных нарушений у больных с невротическими расстройствами традиционно связываются с хронификацией сопутствующей психической патологии, в первую очередь – тревожно-фобических расстройств. При этом в числе ведущих клинических факторов, определяющих многолетнее персистирование функциональных нарушений сердечно-сосудистой и бронхолегочной системы указывается формирование агорафобии, участие панических приступов, формирование стойких явлений генерализованной тревог. [22, 23, 28].

В ряде публикаций указывается на связь синдрома раздраженного кишечника с тревожными расстройствами [29-32]. Исследование сопряженности функциональных нарушений кишечника (преимущественно диарея, метеоризм, пароксизмальные абдоминальные, сопряженные с позывами на дефекацию) с паническим расстройством (квалифицированным по критериям DSM-III-R) посвящена работы R. Noyes с соавторами [33] (27 пациентов) и Drossman D.A. с соавт.[34] (28 пациентов). Указывая на длительное и хроническое течение тревожных расстройств в изученной выборке авторы указывают на сочетание функциональных нарушений ЖКТ

с паническими атаками, ипохондрической фиксацией на деятельности кишечника и персистирующими опасениями утраты контроля над функциями толстой кишки.

Исследователи рассматривают тревогу как облигатный патогенетический фактор формирования и динамики дисфункций внутренних органов. Более того, по мнению ряда авторов пациенты сфиксированными в рамках отдельного органа (системы) функциональными нарушениями вообще составляют отдельную подгруппу «тревожных невротиков» [35, 36].

Отдельно следует выделить работы по изучению пациентов с длительным (многолетним) персистированием функциональных расстройств, которые квалифицируются в рамках проявлений патологической динамики личности – так называемых психосоматических развитий [37, 38].

По данным Н.Д. Лакосиной [37] симптомы кардионевроза, гипервентиляции, раздраженного кишечника могут нарастать и персистировать в структуре психосоматического развития. При этом, по мнению авторов, динамика функциональных расстройств, параллельная нарушениям невротического и патохарактерологического круга, может быть обусловлена стойкими нейрогенными изменениями со стороны внутренних органов и систем. Развитие с формированием тревожно-ипохондрической фиксации на функциях дыхания и нозофобиями часто наблюдается у пациентов с гипервентиляцией [39].

Наряду с невротическими (истерическими, тревожными) и личностными расстройствами в ряду психической патологии, сопряженной с дисфункциями внутренних органов указываются и аффективные нарушения, в первую очередь – депрессивного спектра [20]. По мнению Smith G.R. [40], проведенного анализа публикаций по этой тематике, накопленные данные свидетельствуют, что у пациентов со стойкими функциональными расстройствами выявляется высокая (до 50% и более) частота депрессивных нарушений. В случаях большой депрессии (критерии DSM-III, DSM-III-R) сочетание функциональных расстройств и депрессии часто сопровождается формированием стойкой ипохондрической фиксации на деятельности внутренних органов и патологических телесных ощущениях. Среди наиболее частых указывают персистирующие алгические синдромы с малоизменчивой локализацией. В числе доказательств патогенетической связи депрессии с функциональными и алогическими нарушениями автор указывает параллелизм динамики психопатологических и соматических симптомов, в том числе и одновременную редукцию обеих составляющих симптомокомплексы при адекватной терапии антидепрессантами. Сходные данные приводятся в работе Lipowski Z.J. [19].

По данным Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушакова [41] расстройства функций внутренних органов при деп-

рессиях или длительном снижении настроения проходит опосредуясь через нейрохимические механизмы, приводящих, например, в случаях гастроинтестинальных нарушений) к чрезмерному всасыванию воды и рефлекторному снижению двигательной активности кишки, обезвоживанию ее содержимого и, как следствуя - к запорам.

При анализе публикаций, посвященных соматическим симптомам при депрессивных состояниях становится очевидным, что большинство исследователей, как отечественных, так и зарубежных, склонны относить подобные дисфункции внутренних органов к числу соматических эквивалентов депрессии в одном ряду с собственно психопатологическими нарушениями, формирующими в рамках депрессивного эффекта. Одно из теоретических обоснований такого подхода можно привести предположение о том, что в норме связанные с эмоциями соматические ощущения относительно неважны, но в случаях эмоциональных (аффективных) расстройств их значение может повышаться до такой степени, что они становятся единственным проявлением смены настроения [42, 43].

Подобный подход находит свое наиболее полное отражение в работах авторов, прицельно изучающих атипичные депрессивные расстройства, при которых патологическое изменение эффекта реализуется преимущественно или полностью на уровне соматовегетативной симптоматики: нарушения сердечного ритма, частоты и глубины дыхания, изменения артериального давления, нарушения аппетита, тошнота, изменения веса тела, замедления моторики желудочно-кишечного тракта (запоры), выступающие в одном ряду с другими типичными для депрессии нарушениями функционального статуса – поздней инсомнией, патологическим циркадным ритмом [44, 45, 46, 47]. В то же время, как указывается в работах В.Н. Краснова [48], Е.В. Зелениной [47] и ряда других авторов, перечисленные соматовегетативные расстройства могут формироваться еще на проморальной стадии циклотимии, задолго до развития так называемых «психологических» симптомов депрессии – собственно депрессивного настроения и содержательного комплекса депрессии с идеями малоценностя, самоуничижения и самообвинения.

В ряде работ проводится анализ особенностей функциональных расстройств ЖКТ при различных типах депрессий. Данные о сопряженности СРК, с тревожными депрессиями приводят А. Breier, D.S. Charney, G.R. Heinger [49]. При этом авторами отмечаются усиление моторики всего ЖКТ, что наряду с выраженной тошнотой доходящей до позывов на рвоту, сопровождается частыми позывами на дефекацию, жидким стулом. I.G. Hislop [50] обнаруживает тревожные депрессии у большинства (46 из 67) обследованных пациентов с диагнозом СРК. Не проводя подробного психопатологического анализа ука-

занных наблюдений автор отмечает доминирование тревожного аффекта над гипотимией с явлениями ранней инсомнии, присоединение канцерофобии.

Другие авторы, напротив, рассматривает нарушения функций ЖКТ при депрессиях с преобладанием негативной аффективности. При этом выделяются «крайние» варианты соматизированных депрессивных расстройств, протекающих в форме «соматического» страдания: структура депрессивного синдрома определяется выраженным соматовегетативными нарушениями - абдоминалгии, стойкие запоры, утрата аппетита, значительное снижение веса, инсомнические расстройства, чувство вялости, утраты сил и энергии. Сопутствующие явления гипотимии ограничиваются нерезко выраженной апатией, чувством подавленности, тоски. В то же время подчеркивается редуцированность или полное отсутствие признаков тревожного аффекта [51]. P.S. Masand с соавт. [52] отмечают, что депрессии, протекающие с симптомами СРК, отличаются от депрессий без функциональных нарушений толстого кишечника полиморфными соматизированными расстройствами, включающими боли в области спины, чувство мышечной слабости, изжогу иочные позывы на дефекацию. При этом отмечено достоверное накопление случаев функциональных расстройств ЖКТ среди близких родственников пациентов с большим депрессивным расстройством, сочетающимся с СРК.

По данным G. Dotevall с соавт. [53], депрессивные расстройства, протекающие с симптомами СРК, характеризуются отчетливым чувством подавленности и беспомощности.

В ряде современных совместных работ психиатров и гастроэнтерологов СРК также рассматривается как физиологический эквивалент аффективных расстройств. Abbey S.E. с соавторами [54], описывая функциональные расстройства у 271 обследованных депрессивных пациентов, выделяют 21 большого из общего числа с установленным диагнозом СРК. Значимые корреляции между аффективными расстройствами и нарушениями функции кишечника были отмечены E. Walker с соавторами [25], Fowlie S. с соавторами [55], J.E. Gomborone [56]. Большинство исследователей сводят систему доказательств обусловленности желудочно-кишечной симптоматики патологическим депрессивным аффектом к единым клиническим закономерностям формирования и динамики функциональных и психопатологических расстройств в структуре депрессии, а именно – одновременность манифестации, параллельное изменение степени тяжести в соответствии с патологическим циркадным ритмом, совместная редукция при обратном развитии депрессивного синдрома, фазный тип течения [57]. При этом первичными считаются аффективные расстройства (депрессии), в рамках которых наблюдаемые симптомы раздраженной толстой кишки определяются

авторами как соматические симптомы собственно психического расстройства [58].

3. Личностно ориентированные концепции

Связь отдельных типов характера с определенными соматическими нарушениями и заболеваниями прослеживается еще со времен Гиппократа и Галена в описаниях разных типов темперамента: отмечается предрасположенность сангвиников к сердечно-сосудистой патологии, холериков и флегматиков – заболеваниям пищеварительной системы и т.д.

В последующем характерологически ориентированный подход к изучению механизмов формирования психосоматических расстройств наиболее полно реализуется в работах E. Kretschmer [59], W. Sheldon [60]. Так, в рамках психологической теории конституции E. Kretschmer устанавливается связь между особенностями телосложения, психологическими характеристиками и предрасположением к соматической патологии: лептосомная конституция связывается с туберкулезом легких и гастритом, пикническая – с хроническим ревматизмом, атеросклерозом, болезнями желчевыводящих путей, атлетическая – с эпилепсией и мигренями. Sheldon W. [60] выделяет особый соматотонический тип конституции, характеризующийся атлетическим телосложением, толерантностью к физическим нагрузкам и склонностью к культуре собственного тела. В соответствии с возвретами автора такой конституциональный склад определяет предрасположенность к определенным соматическим нарушениям, включая патологию сердечно-сосудистой системы. Ключевое место в интерпретации психосоматических заболеваний F. Dunbar [61], которая выделяет особые типы личностей по принципу специфической предрасположенности к тем или иным соматическим заболеваниям. В частности, в работах F. Dunbar [61] выделяется тип личности (в последующей литературе обозначаемый как тип А), склонной к ангинозным жалобам и развитию инфаркта миокарда. Характерологические особенности в рамках данного типа представлены сдержанностью эмоциональных реакций, целенаправленной и продуктивной активностью, последовательностью в достижении поставленных задач, способностью отказаться от непосредственного удовлетворения своих потребностей ради достижения отдаленной цели. Развитие такого подхода приводит к разработке типологических схем с выделением «личностей риска», как это, в частности, осуществляется в работах M. Friedman и R. Rosenman [62] Gallacher J.E. с соавт. [63]. Авторы выделяют группу лиц с «поведением типа А» с повышенным риском развития инфаркта миокарда.

Близкой по своему содержанию к характерологически ориентированным теория является концепция алекситимии, предусматривающая определенный (предположительно конституционально обусловленный) изъян в когнитивной сфере. Термином алекситимия предлагается обозначать особый «пси-

хосоматический» тип личности. Предпосылкой создания данной концепции послужили наблюдаемые в клинической практике особенности поведения больных с психосоматическими расстройствами, которые в последующем были использованы в формулировке 4 типичных признаков алекситимической личности с разной степенью их выраженности в каждом отдельном случае: ограниченность воображения и способности фантазировать; редуцированная способность выражать чувства; «гипернормальность» в сфере межличностных связей со своеобразной «пустотой отношений»; тотальное идентификация с объектом (алекситимик существует как бы с помощью и благодаря другому человеку - «ключевой фигуры»). На основании этого свойства интерпретируется тот факт, что у алекситимической личности потеря (вымыщенная или реальная) этой «ключевой фигуры» («потеря объекта») часто обнаруживается как провоцирующая ситуация в начале (или при ухудшении) болезни.

Однако, как справедливо отмечает ряд современных авторов [8], результаты эмпирических исследований не подтверждают специфической связи между выделяемыми личностными типами и нарушениями (функциональными, органическими) отдельных органов и систем.

Завершая изложение концепций в рамках психоцентрического направления необходимо подчерк-

нуть следующее. Несмотря на различия в теоретических предпосылках и методологических аппаратах (психодинамический, социально-психологический, психопатологический, интегративный и т.д.) общим для включенных в настоящий обзор работ является рассмотрение функциональных расстройств в рамках единого и однородного клинического образования. Другой важной характеристикой публикаций, в том числе и клинически ориентированных исследователей, является относительное игнорирование роли соматической патологии (субклинической в случаях СФР) как в формировании, так и в динамике функциональных нарушений. Рассматриваемые соматовегетативные симптомокомплексы преимущественно оцениваются в качестве вторичных (соподчиненных) по отношению к психическим расстройствам.

Таким образом, учитывая высокую распространенность СФР в населении и значительный удельный вес психических расстройств у пациентов с функциональными расстройствами внутренних органов, возникает необходимость в дополнительных совместных исследованиях на однородных выборках пациентов с СФР, страдающих психическими расстройствами, достаточно большого объема, позволяющих выполнить интегративную оценку состояния пациентов с тщательной психопатологической и соматической экспертизой оценкой.

Список использованной литературы:

1. Freud S. *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. – London, 1948.
2. Groddeck G. *Das Buch vom Es. Int. Psychoanalyt.* – Leipzig, 1923.
3. Groddeck G. *Psychische Bedingtheit und psychoanalytische Behandlung organischer Leiden*. – Leipzig, 1917.
4. Deutsch F. *Biologie und Psychologie der Krankheitsgenese*. Int. Ztschr. f. Psa. – 1922. – VIII. – S. 290.
5. Deutsch F. *Der gesunde und der kranke Körper in psychoanalytischer Betrachtung*. // Int. Ztschr. f. Psa. XII: 498, 1926.
6. Simmel E. *Über die Psychogenese von Organstörungen und ihre psychoanalytische Behandlung* Allgemeiner drztlischer Kongress f. Psychotherapie in Dresden XIV–XVII 1931. Psychoanal. Q. – 1932 – V. 1. – P. 166 – 179.
7. Alexander F. *Psychosomatische Medizin*. // Berlin 1951.
8. Brautigam W., Christian P., Rad M. *Психосоматическая медицина*. – М., 1999. – 376 с.
9. Da Costa J.M. *On irritable heart: a clinical study of a functional cardiac disorder and its consequences*. // Am. J. Med. Sci. – 1871. – V. 61. – P. 17 – 52.
10. Mendeloff A.J., Monk M., Siegel C.I., Lilienfeld A. *Illness experience and life stresses in patients with irritable colon and with ulcerative colitis. An epidemiologic study of ulcerative colitis and regional enteritis in Baltimore, 1960-1964*. // N. Engl. J. Med. – 1970. – V. 282. – P. 14 – 17.
11. Fava G.A., Pavan L. *Large bowel disorders. I. Illness configuration and life events*. // Psychother. Psychosom. – 1976. – V. 27. – P. 93 – 99.
12. Creed F. *Life events and appendicectomy*. // Lancet. – 1981. – V. 1. – P. 1381 – 1385.
13. Scaloubaca D., Slade P., Creed F. *Life events and somatisation among students*. // J. Psychosom. Res. – 1988. – V. 32. – P. 221 – 229.
14. Welgan P., Meshkinpour H., Beeler M. *Effect of anger on colon motor and myoelectric activity in irritable bowel syndrome*. // Gastroenterology. – 1988. – V. 94. – P. 1150 – 1156.
15. Creed F., Guthrie E. *Psychological factors in the irritable bowel syndrome*. // Gut. – 1987. – V. 128. – P. 1307 – 1318.
16. Bass C.M., Cawley R., Wade C., Ryan K.C. *Unexplained breathlessness and psychiatric morbidity in patients with normal and abnormal coronary arteries* // Lancet. – 1983. – V. 191. – P. 605 – 609.
17. Тополянский В.Д., Струковская М.В. *Психосоматические расстройства*. – М., 1986. – 384 с.
18. Goldberg D.P., Bridges K. *Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting*. // J. Psychosom. Res. – 1988. – V. 32. – P. 137 – 144.
19. Lipowski Z.J. *Somatization: the concept and its clinical application*. // Am. J. Psychiatry. – 1988. – V. 145. – P. 11 – 21.

20. De Leon J., Saiz-Ruiz J., Chinchilla A., Morales P. Why do some psychiatric patients somatize? // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1987. – V. 76. – P. 203 – 209.
21. Ernst K. *Die Prognose der Neurosen. Monograph on Neurology and Psychiatry N 85*. NY Inc, 1959.
22. Christian P., FinkEitel K., Huber W. *Verlaufsbeobachtungen bei 100 Patienten mit vegetativen Herz-Kreislaufstörungen*. // *Z. Kreislaufforsch.* – 1966. – Bd. 55. – S. 342.
23. Cremerius J. *Die Prgnose funktioneller Syndrome*. – Enke, Stuttgart, 1968.
24. Waller S.L., Misiewicz J.J. *Prognosis in the irritable bowel syndrome. A prospective study*. // *Lancet*. – 1969. – V. 2. – P. 754 – 756.
25. Walker E.A., Roy-Byrne P.P., Katon W.J. *Irritable bowel syndrome and psychiatric illness*. // *Am. J. Psychiatry*. – 1990. – V. 147. – P. 565 – 572.
26. Conti S., Savron G., Bartolucci G., et al. *Cardiac neurosis and psychopathology*. // *Psychother. Psychosom.* – 1989. – V. 52. – P. 88 – 91.
27. Fleet R.P., Dupuis G., Marchand A., et al. *Panic disorder in coronary artery disease patients with noncardiac chest pain*. // *Psychosom. Res.* – 1998. – V. 44(1). – P. 81 – 90.
28. Maier W., Buller R., Frommberger U., Philipp M. *One-year follow-up of cardiac anxiety syndromes. Outcome and predictors of course*. // *Eur. Arch. Psychiatry. Neurol. Sci.* – 1987. – V. 237. – P. 16 – 20.
29. Lonsgreh G.F., Wolde-Tsadik G. *Irritable bowel-type symptoms in HMO examinees*. // *Dig. Dis. Sci.* – 1993. – V. 9. – P. 1581 – 1589.
30. Thompson W.G. *Irritable bowel syndrome: pathogenesis and management*. // *Lancet*. – 1993. – P. 1569 – 1572.
31. Kellner R. *Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders*. // *Psychother. Psychosom.* – 1994. – V. 61. – P. 4 – 24.
32. Marshall J.R. *Are some irritable bowel syndromes actually panic disorders?* // *Postgrad. Med.* – 1988. – V. 83. – P. 206 – 209.
33. Noyes R., Reich J., Clancy J., et al. *Reduction in hypochondriasis with treatment of panic disorder*. // *Br. J. Psychiatry*. – 1986. – V. 149. – P. 631 – 635.
34. Drossman D.A., Creed F.H., Olden K.W. *Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders*. // *Gut*. – 1999. – V. 45 (Suppl. 2). – P. 1125 – 1130.
35. Latimer P. *Irritable bowel syndrome*. // *Psychosomatics*. – 1983. – V. 24. – P. 205 – 218.
36. Blanchard E.B., Scharff L., Schwarz S.P., Suls J.M., Barlow D.H. *The role of anxiety and depression in the irritable bowel syndrome*. // *Behav. Res. Ther.* – 1990. – V. 28. – P. 401 – 405.
37. Лакосина Н.Д. *Клинические варианты невротического развития*. М., 1970.
38. Коркина М.В., Марилов В.В. *Варианты психосоматического развития личности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта*. Журн. невропатол. психиат. – 1995. – № 6. – С. 43 – 47.
39. Bass C.M., Gardner W.N. *Respiratory and psychiatric abnormalities in chronic symptomatic hyperventilation*. // *Br. Med. J.* – 1985. – V. 290. – P. 1387 – 1390.
40. Smith G.R. *The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorders, somatization, or pain*. // *Gen. Hosp. Psychiatry*. – 1992. – V. 14. – P. 265 – 272.
41. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. *Учебное пособие по медицинской психологии*. – М., 1976.
42. Tyrer P.J. *Relevance of bodily feelings in emotion*. // *Lancet*. – 1973. – V. 1. – P. 915 – 916.
43. Kenyon F.E. *Hypochondriacal states*. // *Br. J. Psychiatry*. – 1976. – V. 129. – P. 1 – 14.
44. Плетнёв Д.Д. *К вопросу о соматической циклопсии*. // *Русская клиника*. – 1927. – Т. 7. – Б. 36. – С. 495-500.
45. Lemke R. *Über die vegetative depression*. // *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*, Leipzig. – 1949. – Bd. 1. – S. 161 – 166.
46. Friedman A.S., Cowitz B., Cohen H.W., Granick S. *Syndromes and themes of psychotic depression*. // *Arch. Gen. Psychiat.* – 1963. – N. 9. – P. 504 – 509.
47. Зеленина Е.В. *Соматовегетативный симптомокомплекс в структуре депрессий (типовология, клиника, терапия)*. // Автoref.канд.мед.наук. – Москва, 1997. – 23 с.
48. Краснов В.Н. *О начальных проявлениях рецидивов циркулярных депрессий*. // *Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике*. – М., 1984. – С. 103-112.
49. Breier A., Charney D.S., Heinger G.R. *Agoraphobia with panic attacks. Development, diagnostic stability, and course of illness*. // *Arch Gen Psychiatry*. – 1986. – V. 43. – P. 1029 – 1036.
50. Hislop I.G. *Psychological significance of the irritable colon syndrome*. // *Gut*. – 1971. – V. 12. – P. 452 – 457.
51. Gallemore J. L., Jr., Wilson W. P. *Precipitating factors in affective disorders*. // *South. Med. J.* – 1971. – V. 64. – P. 1248 – 1252.
52. Masand P.S., Kaplan D.S., Gupta S., Bhandary A.N. *Irritable bowel syndrome and dysthymia. Is there a relationship?* // *Psychosomatics*. – 1997. – V. 38. – P. 63 – 69.
53. Dotevall G., Svedlund J., Sjödin I. *Symptoms in irritable bowel syndrome*. // *Scand. J. Gastroenterol. Suppl.* – 1982. – V. 79. – P. 16 – 19.
54. Abbey S.E., Toner B.B., Garfinkel P.E., et al. *Self-report symptoms that predict major depression in patients with prominent physical symptoms*. // *Int. J. Psychiatry Med.* – 1990. – V. 20 (3). – P. 247 – 258.
55. Fowlie S., Eastwood M.A., Ford M.J. *Irritable bowel syndrome: the influence of psychological factors on the symptom complex*. // *J. Psychosom. Res.* – 1992. – V. 36. – P. 169 – 173.
56. Gomborone J. E., Dewsnup P. A., Libby G. W., Farthing M. J. *Selective affective biasing in recognition memory in the irritable bowel syndrome*. // *Gut*. – 1993. – V. 34. – P. 1230 – 1233.

-
-
57. Woodruff R., Guze S., Clariton P. Unipolar and bipolar primary affective disorder. // Br. J. Psychiatry. – 1971. – V. 119. – P. 33 – 38.
58. Liss J., Alpers D., Woodruff R.A. The irritable colon syndrome and psychiatric illness. // Dis. Nerv. Syst. – 1973. – V. 34. – P. 151 – 157.
59. Kretschmer E. Storungen des gefuhlslebens Temperamente. // Handbuch der geisteskrankheiten. / Yrsg. Von O. Bumke. – Berlin, 1928. – Bd. I. – T. 1. – S. 662 – 688.
60. Sheldon W., Stevens S. The varietis of temperament. – Harper, NY, 1942.
61. Dunbar F. Emotions and Bodily Changes. – New York, Columbia University Press, 1954.
62. Friedman M., Rosenman R.H. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. // JAMA. – 1959. – Vol. 169 (12) – P. 1286 – 1296.
63. Gallacher J.E., Yarnell J.W., Butland B.K. Type A behaviour and prevalent heart disease in the Caerphilly study: increase in risk or symptom reporting. // J Epidemiol Community Health 1988 - Vol 42 (3) - P 226-231.

О СОМАТОЦЕНТРИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ К ОБЪЯСНЕНИЮ ИЗУЧЕНИЮ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ (краткий критический очерк)

Б.Т. Мурзахметов

г. Уральск

Соматоцентрический подход к изучению соматоформных расстройств (далее СФР) - условное обозначение методологических особенностей исследований, направленных на поиск органической (морфологической) составляющей, объясняющей происхождение функциональных нарушений в рамках СФР. В рамках соматоцентрического подхода в качестве основы функциональных нарушений внутренних органов рассматриваются определенные патофизиологические девиации, либо латентные или минимально выраженные (субклинические) проявления соматической патологии.

В соматоцентрических ориентированных исследованиях симптомы кардионевроза и гипервентиляционного синдрома рассматриваются в числе клинических проявлений нейроциркуляторной дистонии (НЦД), патогенез которой большинством авторов рассматривается как многофакторный (включая и участие стрессовых воздействий). При этом выдвигаются различные концепции так называемого «субстрата» болезни, призванные объяснить наличие функциональных расстройств сердечно-сосудистой и бронхолегочной системы минимальными изменениями в этих органах, сопоставимых с выраженным нарушениями при развернутых заболеваниях, но остающиеся на субклиническом уровне. В числе таких факторов указываются структуральные изменения в результате перенесенных (или актуальных) острых или очаговых инфекций, интоксикаций, наследственные морфологические аномалии, гормональные дисфункции, очаги ирритации.

В частности Д.Я. Шурыгин с соавт. (1974) обнаруживают признаки хронической очаговой инфекции у 90% пациентов с НЦД гипертонического типа, преимущественно в небных миндалинах. В качестве

подтверждения роли инфекционного поражения авторы приводят тот факт, что вслед за тонзилэктомией значительная редукция функциональных расстройств наблюдается у 80% больных. По Маколкину В.И. с соавт. [1] ключевая роль в генезе функциональных расстройств принадлежит специфическому инфекционному поражению, в первую очередь при острой респираторных вирусных заболеваниях. Вирусная инфекция предшествует манифестиации и экзацербации симптомов кардионевроза и гипервентиляции в 32% и 52% соответственно.

В ряде исследований обсуждается связи функциональных расстройств сердечно-сосудистой и дыхательной системы с рефлекторными влияниями со стороны брюшной полости. Другие авторы указывают на сопряженности части соматовегетативных симптомов при НЦД, в том числе кардиалгий, с остеоартрозом шейно-грудного отдела позвоночника [2, 3]. К более редким причинам НЦД относят некоторые интоксикации, профессиональные вредности, физические воздействия (вибрация, воздействие СВЧ-поля, производственные шумы, гиперинсоляция), гиподинамию [1]. В числе патогенетических факторов функциональных расстройств сердечно-сосудистой и дыхательной системы указывается и состояния физического истощения в связи с повышенными нагрузками. Так, по данным А.Г. Дембо [4], стойкие нарушения функционального статуса внутренних органов в рамках синдрома физического перенапряжения у спортсменов сопровождаются изменениями ЭКГ дистрофического характера.

Следует также выделить работы, в которых в качестве основной причины и реализующих механизмов функциональной патологии сердца рассматривается наследственно-конституциональная предрас-

положенность – «слабость» сердечно-сосудистой системы в целом. В таких случаях возможно формирование функциональных расстройств уже в детском возрасте на фоне повышенной утомляемости от физических и эмоциональных нагрузок.

В соматоцентрически ориентированных публикациях по проблеме функциональных расстройств кишечника ставится вопрос о значимости морфологических изменений в толстой кишке в патогенезе развития синдрома раздраженного кишечника (СРК), что является основной темой для дискуссии гастроэнтерологов. Основным в данном направлении является мнение, что для возникновения и развития функциональных расстройств толстой кишки необходимо наличие морфологической основы заболевания [5]. Как указывается в отдельных публикациях по вопросам гастроэнтерологии, у больных с СРК и «отчетливыми тревожными расстройствами» обнаруживаются различные морфологические аномалии и стойкие нарушения бактериального состава толстой кишки, которые могут иметь не менее, а подчас и более важное значение в персистировании и обострениях СРК, чем, например, тревожная или депрессивная патология [6]. Отсутствие же выявляемых морфологических изменений в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) даже при ярко выраженных симптомах СРК этими авторами оценивается как признак недостаточно подробного и детального обследования больного. В этих исследованиях представлены преимущественно субклинические тревожные и депрессивные состояния (или отдельные симптомы) – субсиндромальные панические атаки, эпизодические соматизированные тревожно-ипохондрические и депрессивно-ипохондрические реакции, которые квалифицируются как вторичные по отношению к симптомам СРК. Последние, в свою очередь, рассматриваются как результат врожденной или приобретенной в рамках заболеваний органов пищеварения стойких нейрофизиологических и нейрохимических изменений в области толстого кишечника.

Несмотря на то, что большинство соматоцентрически ориентированных исследователей подчер-

кивает тесные связи функциональных расстройств кишечника с психическими нарушениями или психотравмирующими факторами, психопатологической оценки состояния пациентов в этих работах не предусматривается. При этом собственно психические расстройства либо не анализируются вовсе, либо трактуются как второстепенные (либо промежуточные) звенья в патогенезе органных неврозов. В частности, в работе I.G. Hislop [7] выдвигается предположение о психотравмирующем воздействии как факторе, приводящем к нарушениям вегетативной регуляции моторной, секреторной и всасывающей функций кишечника, и, в результате – к стойким изменениям бактериального состава в просвете толстой кишки. В дальнейшем именно хронический дисбактериоз (дисбактериоз) становится причиной стойкого персистирования нарушений моторики и расстройств дефекации в рамках СРК. Однако соматоцентрическая ориентация автора не позволяет прийти к окончательным выводам о роли сопутствующих психических нарушений. Анализируя особенности манифестации СРК, автор указывает лишь на наличие «тревожных симптомов», не предусматривая изучения структуры и динамики психопатологических нарушений.

В ряде исследований психические расстройства трактуются в числе вторичных (по отношению к соматическим симптомам) клинических образований. В частности предлагается интерпретировать формирование психических (тревожных, депрессивных, ипохондрических и других) расстройств у пациентов с СРК как результат «психологической реакции» пациента на изменение функционального состояния и патологические (алгические) ощущения в нижних отделах желудочно-кишечного тракта [8].

Завершая краткое изложение соматоцентрических концепций, нельзя не отметить, что игнорирование или односторонняя интерпретация психических расстройств противоречит данным большинства исследований, которые свидетельствуют о клинической значимости психической патологии в патогенезе функциональных расстройств.

Список использованной литературы:

1. Маколкин В.И., Аббакумов С.А., Сапожникова А.А. *Нейроциркуляторная дистония (Клиника, диагностика, лечение).* – Чебоксары, 1995.
2. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колесова О.А. *Вегетососудистая дистония.* – М., 1981. – 320 с.
3. Лорие И.Э. *Функциональные неврозы ЖКТ - неврозы желудка.* // Клиническая медицина. - 1954. – N. 4. – С. 10 – 22.
4. Дембо А.Г. *О так называемом синдроме перенапряженного сердца.* // Клин. Мед. – 1989. – № 1. – С. 37 – 44.
5. Саркисов Д.С. Следует, наконец, отказаться от понятий «функциональная болезнь», функциональная патология (по поводу статьи А.М. Ногелера «Следует ли клиницистам отказаться от понятий функциональной патологии?2). Клин. мед. – 1998. – № 3. – С. 64 – 66.
6. Златкина А.Р., Беюл Е.А., Виноградова М.А. *Нозологическая классификация хронических заболеваний кишечника.* // Сов. мед. – 1983. – N. 3. – С. 28 – 32.
7. Hislop I.G. *Psychological significance of the irritable colon syndrome.* // Gut. – 1971. – V. 12. – P. 452 – 457.
8. Harvey R.F. Maudad E.C. Broun A.M. *Prognosis in the irritable bowel syndrome: a 5-year prospective study.* // Lancet. – 1987. – V. 1. – P. 963 – 965.

РЕЗЮМЕ

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (КОНЦЕПЦИЯ, МЕТАМОДЕЛЬ, ПРАКТИКА)

А.Л. Катков

В статье «Социальная психотерапия (концепция, метамодель, практика)» автором рассматривается краткая история вопроса. Подробно освещаются основные положения общей концепции и содержание метамодели социальной психотерапии. Описываются промежуточные результаты реализации соответствующего исследовательского проекта.

Ключевые слова: социальная психотерапия, метамодель, промежуточные результаты.

ИНТЕГРАТИВНОЕ ДВИЖЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ (методология, достижения, перспективы)

А.Л. Катков, В.В. Макаров

В статье А.Л. Каткова, В.В. Макарова «Интегративное движение в психотерапии (методология, достижения, перспективы)» анализируются основные механизмы развития профессиональной психотерапии, обосновывается необходимость интегративного движения в психотерапии. Авторы подробно описывают методологические принципы интегративного движения и осмысленной стратегии развития профессиональной психотерапии. Приводятся основные результаты реализации данной стратегии в Российской Федерации и Республике Казахстан.

Ключевые слова: интегративная психотерапия, методология, развитие

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ АГРЕССИЕЙ

Ю.А. Берсенева

Среди больных с агрессивным поведением, находившихся в психиатрическом стационаре, пациенты с расстройствами личности и поведения составили 24,8% (99,4 человек на 1 тысячу стационарных больных). В этой группе больных наиболее часто встречались эмоционально-неустойчивые расстройства (53,49%), истерические расстройства личности (23,84%) и диссоциальные – 22,67% наблюдений.

Ключевые слова: агрессия психически больных, расстройства личности, клиническая структура.

ИЗУЧЕНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ СЕМИПАЛАТИНСКОМ РЕГИОНЕ

Б.М. Исакова

В работе проанализированы данные о 50 больных с депрессивными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в ГЦПЗ г. Семей (Семипалатинск) в августе 2007 г. Представлены их социально-демографические и клинические характеристики, проведен анализ суициdalной активности в сравнительном этническом аспекте.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (СЕМИПАЛАТИНСКИЙ И АРАЛЬСКИЙ РЕГИОНЫ)

Б.М. Исакова

Изучены данные о 100 больных с депрессивными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в ГЦПЗ г. Семей (Семипалатинск) в августе 2007 г. и в ГУ «Кызылординской областной психоневрологической больнице» в октябре 2007 г. Сравнительный анализ депрессивных расстройств у лиц, госпитализированных в психиатрические стационары экологически неблагополучных регионов.

РАБОТА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СЕВЕРО-КАЗАХСАНСКОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И.Э. Ланда

Одним из основных направлений в реформировании психиатрической помощи населению является перенос акцентов в деятельности психиатрических организаций на мало затратный амбулаторно-поликлинический сектор.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЗОСЕРТА В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Х.Д. Макиев

В статье представлены результаты опыта в применении препарата Зосерт в лечении депрессивных состояний амбулаторно-поликлинических условиях. Описаны побочные эффекты данного препарата, возникавшие у пациентов на фоне его применения.

ПРИМЕНЕНИЕ НОРМОТИМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Е.Т. Сармаев

В статье приведен опыт применения нормотимиков в лечении пациентов с биполярными расстройствами настроения.

ИЗУЧЕНИЕ СООТНОШЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТИЙ) И ПРЕСТУПНОСТИ

А.К. Сулейменова

В настоящей статье мы провели исследование проблемы взаимосвязи расстройств личности и преступности. Изучив современные концепции и взгляды мы пришли к следующим выводам: 1) Проблема соотношения расстройств личности и преступности требует дальнейших исследований, многие аспекты не изучены вовсе либо изучены мало; 2) данная проблематика изучается отдельно психиатрами и криминалистами, что приводило и приводит к разноплановой трактовке причин преступности, в связи с чем эффективность борьбы с преступностью и применяемых мер по профилактике преступлений весьма неутешительна.

УСТАНОВОЧНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.О. Темиргалиев

В экспертной практике (в том числе при проведении судебно-психиатрической экспертизы) встречается установочное (защитное) поведение у подэкспертных. В статье дан анализ форм и методов установочного поведения.

Ключевые слова: установочное поведение, судебно-психиатрическая экспертиза.

К ВОПРОСУ О СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ БИПОЛЯРНОГО РАССТРОЙСТВА

Ж.Ж. Турлубекова

В статье приведен литературный обзор современных данных по лечению биполярных расстройств.

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ АГРЕССИЕЙ

Б.Д. Цыганков, Ю.А. Берсенева

Среди больных с агрессивным поведением, находящихся в психиатрическом стационаре, наибольшую долю составляют относящиеся к диагностическим рубрикам F00 - F09 «Органические, включая симптоматические психические расстройства» (164,2 на каждую тысячу стационарных больных). Органические психические расстройства чаще всего были смешанного травматического и сосудистого генеза или травматического и интоксикационного, реже только травматического. Среди них больные с преобладающими в клинической картине личностными расстройствами составляют 58,09%, аффективными расстройствами - 22,43%, с актуальными пароксизмальными нарушениями - 10,29%, больные с бредовым синдромом - 9,19% наблюдений.

Ключевые слова: агрессия психически больных, органические психические расстройства, клиническая структура.

КЛИНИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ

М.В. Прилуцкая-Сущенко, А.А. Кусаинов, М.К. Маликов

В статье отражены основные аспекты клиники патологического влечения к психоактивному веществу (ПАВ). Внимание уделено комплексному описанию психопатологического синдрома по отдельным компонентам психической сферы (перцептивный, эмоционально-волевой, поведенческий).

Ключевые слова: патологическое влечение к ПАВ, обсессия, компульсия, импульсивное влечение.

ПАТОГЕНЕЗ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

М.В. Прилуцкая - Сущенко, А.А. Кусаинов, М.К. Маликов

В статье в обзорной форме освещены вопросы патогенеза патологического влечения (ПВ) к психоактивному веществу (ПАВ). Приводятся различные концепции, объясняющие формирование и персистенцию пристрастия к наркотику. С позиций нормальной и патологической физиологии сопоставляется понятие патологического процесса и группа отдельных клинических симптомов заболевания. Авторами акцентируется внимание на особенностях функционирования лимбической системы как искомого механизма патологического влечения к ПАВ.

Ключевые слова: патологическое влечение к психоактивному веществу, лимбическая система, пейсмекерные клетки, нейромедиатор.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ФЕНОТРОПИЛА В ЛЕЧЕНИИ АСТЕНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

С.В. Перевалова

В настоящей работе приводятся результаты изучения применения препарата фенотропил в монотерапии больных с астеническими состояниями, в генезе которых преобладали органические явления травматического, сосудистого и перинатального генеза. Исследовано 22 больных. Отмечена хорошая переносимость фенотропила, его высокая эффективность, а также умеренное антидепрессивное влияние, высокие адаптогенные свойства.

К ВОПРОСУ О КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ СОМАТОФОРНЫХ РАССТРОЙСТВ (на примере синдрома гипервентиляции)

Б.Т. Мурзахметов

В статье представлены результаты изучения структурно-динамического аспекта соматоформных расстройств на примере синдрома гипервентиляции легких.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ШАХТЕРОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Б.Д. Цыганков, Т.Е. Евдокимова

В результате проведенного экспериментально-психологического исследования больных с невротическими расстройствами из группы шахтеров, работающих в подземных условиях, выявлены некоторые особенности их личности. Факторный анализ генерального параметра интеркорреляционных связей подтвердил, что факторами первого порядка и, соответственно, главными мишенями терапии являются интрапсихические конструкты – типы акцентуации личности, сферы субъективного контроля и типы внутренней картины болезни.

Ключевые слова: особенности личности, невротические расстройства, психическое здоровье шахтеров.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ШАХТЕРОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.А. Чуркин, Т.Е. Евдокимова

В результате проведенного исследования установлены достоверные взаимосвязи между преморбидными личностными особенностями и типами внутренней картины болезни у больных с соматоформными расстройствами из числа шахтеров, работающих в подземных условиях, которые определяют «терапевтические мишеня» профилактики и терапии имеющихся расстройств. Отмечено, что корреляции доказывают лишь «сцепленность» психологических феноменов, но не детерминированность наличием одного - обязательное возникновение другого.

Ключевые слова: особенности личности, соматоформные расстройства, психическое здоровье шахтеров.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ (обзор литературы)

Б.Т. Мурзахметов

В статье представлены результаты анализа литературы, посвященной психогенетической теории соматоформных расстройств.

О СОМАТОЦЕНТРИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ К ОБЪЯСНЕНИЮ ИЗУЧЕНИЮ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ (краткий критический очерк)

Б.Т. Мурзахметов

В статье представлены основные сведения о соматоцентрическом подходе к изучению соматоформных расстройств.

SUMMARY

SOCIAL PSYCHOTHERAPY (CONCEPT, METAMODEL, PRACTICE)

A.L. Katkov

In article «Social psychotherapy (concept, metamodel, practice)» the author views the short historical background. Substantive provisions of the general concept and the maintenance of metamodel of social psychotherapy are considered in details. Intermediate results of realization of the corresponding research project are described.

Keywords: social psychotherapy, metamodel, intermediate results.

INTEGRATIVE MOVEMENT IN PSYCHOTHERAPY (methodology, achievements, prospects)

A.L. Katkov, V.V. Makarov

In the article by A.L. Katkov, V.V. Makarov «Integrative movement in psychotherapy (methodology, achievements, perspectives)» the basic mechanisms of professional psychotherapy development are analyzed, the necessity of integrative movement in psychotherapy is proved. The authors describe in details the methodological principles of integrative movement and considered strategy of professional psychotherapy development. The main results of realization of this strategy in Russian Federation and the Kazakhstan Republic are given.

Key words: integrative psychotherapy, methodology, development.

CLINICAL STRUCTURE OF DISORDERS OF THE PERSON AND BEHAVIOR AT MENTALLY SICK WITH INTRAHOSPITAL AGGRESSION

J.A. Berseneva

Among patients with the aggressive behavior, were in a psychiatric hospital, patients with disorders of the person and behavior have made 24,8% (99,4 persons on 1 thousand inpatients). In this group of patients most often there were emotionally-unstable disorders (53,49%), hysterical disorders of the person (23,84%) and dissocial – 22,67% of observations.

Keywords: aggression mentally sick, disorders of the person, clinical structure.

STUDYING OF DEPRESSIVE DISORDERS IN ECOLOGICALLY UNSUCCESSFUL REGION OF SEMIPALATINSK

B.M. Iskakova

Dates about 50 patients with the depressive disorders, were on hospitalization in National Centre of Mental Health in Semey in August, 2007 Their socially-demographic and clinical characteristics are presented, the analysis of suicidal activity in comparative ethnic aspect is carried out.

COMPARATIVE STUDYING OF DEPRESSIVE DISORDERS IN ECOLOGICALLY ADVERSE REGIONS OF KAZAKHSTAN REPUBLIC (SEMIPALATINSK AND ARAL REGIONS)

B.M. Iskakova

Dates about 100 patients with the depressive disorders, were on hospitalization in National Centre of Mental Health in Semey (Simipalatinsk) in August, 2007 and in «Kyzylordinsky regional psycho neurological hospital» in October, 2007 the Comparative analysis of depressive disorders at the persons hospitalized in psychiatric hospitals of ecologically unsuccessful regions is studied.

WORK OF PSYCHIATRIC SERVICE OF THE NORTH KAZAKHSTAN AREA IN THE CONDITIONS OF PUBLIC HEALTH SERVICES REFORMING

I.E. Landa

One of the fundamental tendencies in reforming of inhabitant's psychiatrically assistance is the transfer of emphasis in activities of psychiatric organization on small cost – based outpatient's clinic sector.

APPLICATION EXPERIENCE OF ZOSERT IN TREATMENT OF DEPRESSIONS

H.D. Makiev

In article results of experience in application of a preparation of Zosert in treatment of depressions out-patient-polyclinic conditions are presented. The by-effects of the given preparation arising at patients against its application are described.

APPLICATION OF MOOD-STABILIZING MEDICATIONS IN STRUCTURE OF COMPLEX TREATMENT OF AFFECTIVE DISORDERS IN THE CONDITIONS OF A PSYCHIATRIC HOSPITAL

E.T. Sarmaev

The article presents the experience of mood-stabilizing medications in treating patients with bipolar mood disorders.

STUDY OF CORRELATION PERSONALITY DISORDERS (PSYCHOPATHY) AND CRIME

A.K. Suleimenova

In this paper we studied the problem of the relationship of personality disorders and criminality. After studying modern concepts and views, we reached the following conclusions: 1) the problem of correlation between personality disorders and crime requires further research, many aspects have not been studied at all or are poorly studied, and 2) this subject is studied separately by psychiatrists and criminologists, which led and leads to diverse interpretation of the causes crime, and therefore the effectiveness of crime prevention and control measures used for the prevention of crime is very disappointing.

ADJUSTING BEHAVIOR IN JUDICIAL-PSYCHIATRIC PRACTICE

A.O. Temirgaliev

In expert practice (including at carrying out of judicial-psychiatric examination) there is an adjusting (protective) behavior. In article the analysis of forms and methods of adjusting behavior is given.

Keywords: adjusting behavior, judicial-psychiatric examination.

TO A QUESTION ON MODERN APPROACHES TO TREATMENT OF BIPOLAR DISORDER

Z.Z. Turlubekova

The article presents a literature review of current data on treatment of bipolar disorders.

CLINICAL STRUCTURE OF ORGANIC ALIENATIONS AT PATIENTS WITH INTRAHOSPITAL AGGRESSION

B.D. Tsygankov, JU.A. Bersenev

Among patients with the aggressive behavior, being in a psychiatric hospital, the greatest share make concerning diagnostic headings F00 - F09 «Organic, including symptomatic alienations» (164,2 on each one thousand inpatients). Organic alienations were the admixed traumatic and vascular genesis or traumatic and intoxicated more often, is more rare only than the traumatic. Among them patients with personal disorders prevailing in a clinical picture make

58,09%, affective disorders - 22,43%, with actual paroxysmal disturbances - 10,29%, patients with a crazy syndrome - 9,19% of observations.

Keywords: aggression mentally sick, organic alienations, clinical structure.

CLINIC OF A PATHOLOGICAL INCLINATION

M.V. Prilutskaja-Sushchenko, A.A. Kusainov, M.K. Malikov

In article the basic aspects of clinic of a pathological inclination to psychoactive substance are reflected. The attention is given the complex description of a psychopathologic syndrome on separate components of mental sphere (perceptual, emotionally-strong-willed, behavioural).

Keywords: a pathological inclination to psychoactive substances, an obsession, an impulsive inclination.

PATHOGENESIS OF A PATHOLOGICAL INCLINATION AT AN OPIUM DRUG ADDICTION

M.V. Prilutsky - Sushchenko, A.A. Kusainov, M.K. Malikov

In article in the survey form questions of a pathogenesis of a pathological inclination to psychoactive substance are taken up. The various concepts explaining formation and persistence of predilection for drugs are resulted. From positions of normal and pathological physiology the concept of pathological process and group of separate clinical symptoms of disease is compared. Authors focus attention on features of functioning of limbic system as required mechanism of a pathological inclination to psychoactive substances.

Keywords: a pathological inclination to psychoactive substance, limbic system, cells, neuromediator.

PREPARATION OF PHENOTROPIL IN TREATMENT OF ASTHENIC CONDITIONS

S.V. Perevalova

In the present work results of studying of application of a preparation Phenatropil in monotherapy of patients with asthenic conditions in which genesis the organic phenomena of a traumatic, vascular and perinatal genesis prevailed are resulted. 22 patients are investigated. Good shipping of Phinotropil, its high efficiency, and also moderate antidepressive influence, high adoptogene properties marked.

TO A QUESTION ON CLINIC-DYNAMIC FEATURES OF SOMATOFORM DISORDERS (on example of hyperventilation syndrome)

B.T. Murzahmetov

In article the results of research of structural-dynamic aspect of somatoform disorders are presented (on example of hyperventilation syndrome).

FEATURES OF THE PERSON OF MINERS WITH NEUROTIC DISORDERS

B.D. Tsygankov, T.E. Evdokimova

As a result of the conducted experimentally-psychological research of patients with neurotic disorders from group of the miners working in underground conditions, some features of their person are taped. The factorial analysis of general parameter of intercorrelated communications has confirmed that factors of the first order and, accordingly, the main targets of therapy are intrapsychical constructs – types of accentuation of persons, spheres of subjective control and types of an internal picture of illness.

Keywords: features of the person, neurotic disorders, mental health of miners.

FEATURES OF THE PERSON OF MINERS WITH SOMATOFORM DISORDERS

A.A. Tchurkin, T.E. Evdokimova

As a result of the conducted research authentic interrelations between premorbital personal features and types of an internal picture of illness at patients with somatoform disorders from among the miners working in underground

conditions who define «therapeutic targets» prophylaxes and therapies of available disorders are established. It is noticed that correlations prove only «conjunction» psychological phenomena, but not determinacy presence of one - obligatory occurrence of another.

Keywords: features of the person, somatoform disorders, mental health of miners.

FEATURES OF FORMATION OF SOMATOFORM DISORDERS **(the literature review)**

B.T. Murzahmetov

In article the results of the analysis of the literature devoted to the psychogenetic theory of somatoform disorder are presented.

ABOUT SOMATOCENTRIC APPROACH TO AN EXPLANATION TO STUDYING OF SOMATOFORM DISORDERS **(a short critical sketch)**

B.T. Murzahmetov

In article the basic data about the somatocentric approach to studying of somatoform disorders are presented.