

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том XVIII

№ 2

2012

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; доктор 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); кандидат медицинских наук А.Т. Ескалиева (Павлодар); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завьялов (Новосибирск); 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 М.К. Телеуов (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

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Садвакасова Г.А., Жарекеева В.К., Ким Т.В.

Психолого-диагностические технологии раннего выявления рисков вовлечения в химические и нехимические зависимости в работе психологов амбулаторно-поликлинической службы 7-9

ПСИХОТЕРАПИЯ

Юсинова Б.Ж.

Психотерапевтическое лечение пациентов с депрессивными расстройствами пограничного уровня (теоретический и практический аспекты) 10-13

**Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига**

ПСИХИАТРИЯ

Кусаинова Т.А.

Особенности клинической оценки, применяемой в детской психиатрии 14-17

Тюменцева О.В.

Актуальные проблемы детской психиатрии – задержка психического развития 17-20

Ускенбаева Ж.С.

Депрессия в общей медицинской практике 21-23

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

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Асланбекова Н.В.

Клинико-психопатологический аспект изучения поведенческих (нехимических) зависимостей 24-27

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

Байкенов Е.Б.

Взаимосвязь психологического здоровья и рисков вовлечения в компьютерную зависимость у учащихся общеобразовательных школ 28-32

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

**Том XVIII
№ 2
2012 год**

Бикетова Л.А.

Метод комплексной оценки поведенческих зависимостей (на примере «трудоголизма») 33-35

Кусаинова Т.А.

Клиническая структура гиперактивного синдрома (литературный обзор) 36-39

**выходит
4 раза в год**

Мартемьянов Н.В.

Секторальные проблемы судебной психиатрии и наркологии 39-42

<i>Мартемьянов Н.В., Бисеналиев С.Б., Аяганова Д.Е.</i> Дифференциально-диагностический аспект в судебной психиатрии на примере феномена «симуляции» (литературный обзор)	42-45
<i>Мартемьянов Н.В., Бисеналиев С.Б., Прилуцкая-Сущенко М.В., Саидов Т.У.</i> Диагностические парадигмы судебной психиатрии	45-48
<i>Самсонова Л.В.</i> К вопросу о формировании соматоформных расстройств (обзор литературы)	49-56
<i>Сармантаева К.Р.</i> Метод интерпретации в психиатрии (обзор)	57-60
<i>Стекольников Н.М.</i> К вопросу о клинико-социальном прогнозе подростковых депрессий (аналитический обзор литературы)	60-62

ТЕЗИСЫ

<i>Байкенов Е.Б.</i> Психологические аспекты интернет-аддикции	63
<i>Катков А.Л.</i> Актуальные вопросы подготовки специалистов наркологического профиля	64
<i>Катков А.Л.</i> О перспективах развития медицинской науки в РК	65-66
<i>Катков А.Л.</i> Общие принципы психотерапии зависимых от ПАВ	66-67
<i>Катков А.Л.</i> Организация помощи зависимым лицам: от наркологии к аддиктологии	67-68
<i>Катков А.Л.</i> Стратегическая полимодальная психотерапия	69
<i>Кусаинов А.А., Саидов Т.У.</i> К вопросу об интернет-зависимости как одной из форм нехимической аддикции	70
<i>Мусабекова Ж.К.</i> Взаимосвязь уровня психологического здоровья и рисков вовлечения в психологические зависимости у лиц с химической зависимостью	70-71
<i>Нургазина А.З., Алина К.Ж., Бугаенко С.Н.</i> Аспект психологического здоровья в технологиях психолого-психотерапевтической помощи	71-72
<i>Нургазина А.З., Алина К.Ж., Кервенов Е.Е.</i> К вопросу об актуальности первичной профилактики социальных эпидемий	72-73
<i>Садвакасова Г.А., Каражанова А.С.</i> Основные принципы программы реабилитации в системе исполнения наказания, международный опыт	73-74
<i>Садвакасова Г.А., Каражанова А.С., Ким Т.В., Жаркеева В.К.</i> Особенности адаптации заключённых в тюрьмах, социально-психологический аспект	75-76
<i>Резюме</i>	77-82

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

CONTENT

SOCIAL EPIDEMICS

FOUNDERS:

- Sadvakasova G.A., Zharekeeva V.K., Kim T.V.*
Psychological-diagnostic technologies of early identification of risks of involvement in chemical and not chemical dependences in work of psychologists of out-patient and polyclinic service 7-9

PSYCHOTHERAPY

**Professional
Psychotherapeutic
League**

- Yusinova B.Zh.*
Psychotherapeutic treatment of patients with depressive disorders of boundary level (theoretical and practical aspects) 10-13

PSYCHIATRY

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

- Kusainova T.A.*
Features of the clinical assessment applied in children's psychiatry 14-17
- Tyumenceva O.V.*
Actual problems of children's psychiatry – a delay of mental development 17-20
- Uskenbayeva Zh.S.*
Depression in all-medical practice 21-23

BOUNDARY PATHOLOGY

- Aslanbekova N.V.*
Cliniko-psychopatological aspect of studying of behavioural (not chemical) dependences 24-27

HEALTH PSYCHOLOGY. VALUEOLOGY.

- Baykenov E.B.*
Interrelation of psychological health and risks of involvement in computer dependence at students of comprehensive schools 28-32

INFORMATION AND REVIEWS

**Volume XVIII
№ 2
2012**

**Published 4 times
in a year**

- Biketova L.A.*
Method of a complex assessment of behavioural dependences (on a «workaholism» example) 33-35
- Kusainova T.A.*
Clinical structure of a hyper active syndrome (the literary review) 36-39
- Martemyanov N.V.*
Sectoral problems of judicial psychiatry and addictology 39-42
-
-

<i>Martemyanov N.V., Bisenaliyev S.B., Ayaganova D.E.</i> Differential and diagnostic aspect in judicial psychiatry on an example of a phenomenon of «simulation» (the literary review)	42-45
<i>Martemyanov N.V., Bisenaliyev S.B., Prilutskaya- Sushchenko M.V., Saidov T.U.</i> Diagnostic paradigms of judicial psychiatry	45-48
<i>Samsonova L.V.</i> To a question of formation of somatoform disorders (the literature review)	49-56
<i>Sarmantayeva K.R.</i> Interpreting method in psychiatry (review)	57-60
<i>Stekolnikova N.M.</i> To a question of a cliniko-social forecast of teenage depressions (the state-of-the-art review of literature)	60-62

THESES

<i>Baykenov E.B.</i> Psychological aspects of Internet addiction	63
<i>Katkov A.L.</i> Topical issues of training of specialists of a narcological profile	64
<i>Katkov A.L.</i> About prospects of development of a medical science in Kazakhstan Republic	65-66
<i>Katkov A.L.</i> The general principles of a psychotherapy dependent on psychoactive substances	66-67
<i>Katkov A.L.</i> Organization of the help to dependent persons: from narcology to addictology	67-68
<i>Katkov A.L.</i> Strategic polymodal psychotherapy	69
<i>Kusainov A.A., Saidov T.U.</i> To a question of Internet dependence as one of forms of not chemical addiction	70
<i>Musabekova Zh.K.</i> Interrelation of level of psychological health and risks of involvement in psychological dependences at persons with chemical dependence	70-71
<i>Nurgazina A.Z., Alina K.Zh., Bugayenko S.N.</i> Aspect of psychological health in technologies of the psychologo-psychotherapeutic help	71-72
<i>Nurgazina A.Z., Alina K.Zh., Kervenov E.E.</i> To a question of an urgency of primary prevention of social epidemics	72-73
<i>Sadvakasova G. A., Karazhanova A.S.</i> The basic principles of the program of aftertreatment in system of an execution of the punishment, the international experience	73-74
<i>Sadvakasova G. A., Karazhanova A.S., Kim T.V., Zhareke- eva V. K.</i> Features of adaptation of prisoners in prisons, social and psychological aspect	75-76
<i>Summary</i>	77-82

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

УДК 614.8.015; 616.89-008.485; 616-08-039.57

ПСИХОЛОГО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ХИМИЧЕСКИЕ И НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ В РАБОТЕ ПСИХОЛОГОВ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Г.А. Садвакасова	руководитель отдела клинической эпидемиологии РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар (РК)
В.К. Жарекеева	врач нарколог Областного наркологического центра, г. Кызылорда
Т.В. Ким	врач-нарколог Областного наркологического центра, г. Кызылорда

Нормальная жизнедеятельность человека немислима без определённой степени нервно-психического напряжения. Умственное перенапряжение, неудачи, неуверенность, бесцельное существование – самые вредоносные стрессоры, которые постоянно присутствуют в повседневной жизни обывателя. Аддиктивное поведение стало одним из частых вариантов аномального личностного реагирования на стресс, с формированием стремления к уходу от реальности посредством искусственного изменения своего психического состояния вследствие приема не только психоактивных веществ, но и постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности, обеспечивающее появление и поддержание интенсивных эмоций (Короленко Ц.П., Донских Т.А., 1990).

Элементы аддиктивного поведения свойственны любому человеку, уходящему от реальности путём изменения своего психического состояния. Проблема аддикции начинается тогда, когда стремление ухода от реальности, связанное с изменением психического состояния, начинает доминировать в сознании, становясь центральной идеей, вторгающейся в жизнь. Происходит процесс, во время которого человек не только не решает важных для себя проблем, но и останавливается в своем духовном развитии.

В этом отношении и химические зависимости (алкоголизм, наркомания, токсикомания, никотинизм), и нехимические зависимости (гемблинг, интернет-зависимость, сексуальные девиации, зависимость от пищи, религиозный фанатизм как проявление зависимости от идеи и её проповедников) имеют сходные корни. Все они базируются на индивидуально-личностных качествах человека. То есть можно с высокой вероятностью предполагать, что зависимая личность, сформированная в процессе социализации, сама даже без внешнего инициирования способна легко найти себе в окружающем мире «подходящий»

объект или субъект зависимости. Ведь соблазнить (прельстить, привлечь) можно только того, в ком уже созрело искушение. Соблазном обозначается нечто влекущее. А, как известно, влечение – это внутреннее состояние, заставляющее действовать определенным предвзятым образом.

Человеческая психика – это очень гибкая, приспособляющаяся, быстро реагирующая, высокоэффективная, самоотнавливающаяся система, обладающая большим запасом прочности и огромными резервами. Поэтому в качестве антипода аддиктивной личности можно представить облик обывателя. Это хорошо приспособленный к повседневной жизни человек, вполне удовлетворенный устоявшимися нормами взаимоотношений с родными, близкими, друзьями, сослуживцами, действующий в строгом соответствии с общественными традициями и обрядами, достаточно консервативный в своих убеждениях, получающий необходимый эмоциональный стимул в тех небольших «житейских радостях», которые доставляет ему повседневная жизнь.

В противовес изложенному, аддиктивная личность тяготеет заданным ритмом жизни, формируется непреодолимая тяга к необычному, авантюристическому стилю поведения, к «жажде острых ощущений» (В.А. Петровский) а также комплекс различных видов эмоционального «голода» (Е. Bern). В условиях агрессивной-манипулятивной рекламы достаточно широкого ассортимента деструктивных адаптогенов быстрого действия (как химического, так и нехимического происхождения) происходит реализация ресурсного запроса за счёт употребления химических либо деструктивно-психологических агентов, с подкреплением мотивации поиска и нахождения «коротких путей к счастью» (А.Л. Катков), фиксации на лёгких, не требующих больших усилий и мало осуждаемых обществом формах ад-

дикции, таких как азартные игры, переедание, сексоголизм, виртуальная аддикция и т.п.

В силу всего изложенного – очевидности нанесённого вреда и ослабления практики манипулятивного воздействия – на данном этапе чаще всего и происходит обращение субъекта за профессиональной помощью в преодолении патологической зависимости. Поэтому в практической деятельности психологов, психиатров и психотерапевтов всё чаще приходится сталкиваться с проблемой зависимого поведения. И данная разновидность девиантного поведения оказывается наиболее сложной для психологической коррекции.

И в этом отношении большое значение, на наш взгляд, должно придаваться работе психологов организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП). Внедрение новых технологий профилактической работы в систему ПМСП, и в частности раннего выявления рисков вовлечения в химические и нехимические зависимости, должны иметь стратегическую значимость в направлении реформирования системы здравоохранения, поскольку до сих пор социально значимые заболевания продолжают играть определяющую роль в формировании показателей заболеваемости, инвалидности и смертности населения нашей страны.

Не вызывает сомнений тот факт, что любое поведение, характеризующееся признаками зависимости, имеет не внешнее, а внутреннее происхождение. Внешние факторы играют определённую роль в формировании зависимого поведения, но они являются условиями, а не причинами становления зависимостей. Подавляющее большинство специалистов, изучающих наркоманию, алкоголизм и иные формы зависимого поведения, сходятся во мнении о том, что в основе подобного поведения лежат доболезненные (предпатологические) личностные особенности, в силу которых у индивида и сформировалась зависимость. Однако список значимых личностных особенностей настолько широк, а иногда и противоречив, что затруднительно выделить существенных характеристик субъекта, склонного к зависимому поведению.

В ходе выполнения научно-технической программы «Эффективная профилактика социальных эпидемий в Республике Казахстан», нами выделены и апробированы следующие диагностические технологии, являющиеся вариантом скрининговой диагностики в отношении раннего выявления рисков вовлечения в химические и нехимические зависимости на этапе ПМСП для практической деятельности психолога и социального работника.

1. *Методика диагностики склонности к различным зависимостям* (Г.В. Лозовой). Опросник

содержит 70 вопросов, направленных на изучение склонности индивида к 13 видам аддикций: алкогольной, телевизионной, любовной, игровой, сексуальной, пищевой, религиозной, трудовой, лекарственной, компьютерной, табачной, зависимости от здорового образа жизни, наркотической. Кроме этого выделяется общая склонность к зависимостям. Результаты диагностики являются ориентировочными и показывают общую склонность к той или иной зависимости, не являясь основанием для постановки того или иного диагноза.

2. *Канадский подростковый опросник (CAGI)*, разработан в 2005 г. авторами Виби, Уинном, Стингфилдом, Тремблей. Используется в адаптации А.А. Карпова, В.В. Козлова. Методика включает 5 шкал, позволяющих дифференцированно оценить уровни проблемного увлечения азартными играми у обследуемого лица. Лицам с явными признаками патологического пристрастия к азартным играм рекомендуется прохождение следующего этапа первичной аддиктологической помощи.

3. *Способ скрининговой диагностики компьютерной зависимости* (Л.Н. Юрьевой, Т.Ю. Бильбот). Методика включает 11 вопросов, позволяющих выделить степень риска развития компьютерной зависимости для последующего проведения профилактически психокоррекционных программ.

4. *Опросник на выявление религиозной аддикции как вида нехимической зависимости* (Н.Н. Телеповой), который включает 8 утверждений, позволяющих предположить у обследуемого лица высокую вероятность религиозной аддикции, что является основанием для прохождения следующего этапа первичной аддиктологической помощи.

Выделенные диагностические технологии выявления рисков вовлечения в химические и нехимические зависимости на этапе ПМСП предусматривает реализацию следующих профилактических мероприятий:

- 1) диагностика рисков вовлечения в химические и нехимические зависимости среди взрослого населения, обратившихся за консультацией либо психологической помощью в организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь;
- 2) дифференциация основных фокус-групп:
 - групп лиц, имеющих высокую и среднюю степень риска вовлечения в зависимости;
 - групп лиц, имеющих низкую степень риска вовлечения в зависимости.

В дальнейшем целевой группой для психолого-коррекционных технологий является фокус-группа лиц с высокой и средней степенью риска вовлечения в химические и нехимические зависимости.

Список использованной литературы:

1. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. Деструктивные формы поведения в современном мире. – Новосибирск: Наука, 1990.
2. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обозр. психиат. и мед. психол. – 1991. – № 1. – С. 8-15.
3. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ (обзор современных подходов и технологий) // под ред. А.Л. Каткова. – Павлодар: ЭКО, 2011. – 397 с.
4. Менделевич В.Д. и др. Аддиктивное поведение, креативность и самоактуализация. Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе: Сборник тезисов научной конференции с международным участием. – СПб., 2001
5. Смагин С.Ф. Аддикция, аддиктивное поведение. – СПб.: МИПУ, 2000.
6. Смагин С.Ф. Полиморфный накопленный стресс. – СПб.: МИПУ, 2001.
7. Смагин С.Ф. Морфология критической ситуации. – СПб.: АМСУ, 2002.
8. Смагин С.Ф. Социально-психологические аспекты критической ситуации. – СПб.: АМСУ, 2002.

ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 616.89:615

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОГРАНИЧНОГО УРОВНЯ (теоретический и практический аспекты)

Б.Ж. Юсинова

врач-нарколог городского центра медико-социальной реабилитации,
г. Астана (РК)

В последние десятилетия в Казахстане, так же, как и за рубежом, возрастает необходимость в разработке и использовании краткосрочных, преимущественно групповых, методов психотерапии. Это продиктовано необходимостью обеспечения психотерапевтической помощью возрастающего числа больных, нуждающихся в ней без повышения материальных затрат при сохранении степени эффективности лечебного воздействия. С учётом социально-экономического положения страны подобная направленность дальнейшего развития казахстанской психотерапии особенно актуальна [1].

Вместе с тем, число методов психотерапии, отвечающих этим требованиям, невелико не только в казахстанской психотерапии, но и в целом в мировой психотерапии. В отличие от долговременной психотерапии – разработка краткосрочных её форм представляется нелёгкой задачей. Это касается как создания самого метода, так и определения механизмов его лечебного действия и оценки эффективности [2].

Целью нашего исследования явилась разработка и проведение интерперсональной психотерапии для лечения депрессивных расстройств пограничного уровня, конструктивные изменения пациентов, прежде всего, в межличностной сфере.

Для достижения поставленной цели были определены следующие **задачи**. Задачи психотерапии фокусировались, в основном, на двух составляющих самосознания:

- самопонимание (когнитивный аспект);
- саморегуляция (поведенческий аспект).

Для осуществления поставленных задач были необходимы следующие условия:

1. Введение ограничения во времени как терапевтический фактор.
2. Ограничение терапевтических целей.
3. Концентрация во времени на «здесь» и «сейчас».

4. Директивный тип поведения психотерапевта.
5. Быстрая первичная диагностика.
6. Неотложное вмешательство.
7. Гибкость со стороны психотерапевта.
8. Эмоциональное отреагирование как важная часть психотерапевтического процесса.
9. Быстро устанавливаемые интерперсональные отношения как «терапевтический рычаг», ведущий к конструктивным изменениям.
10. Предгрупповая подготовка и адекватный отбор пациентов.

При подборе пациентов для участия в психотерапии учитывалось:

- 1) наличие проблематики в сфере межличностного взаимодействия, а именно, отнесение к определённым проблемным зонам:
 - «межличностные конфликты» – разногласия между супругами, детьми, родителями, друзьями, сотрудниками и т.д.;
 - «смена социальной роли» – новая работа, развод, уход из семьи, переезд, экономические трудности, другие смены социального статуса;
 - «межличностный дефицит» – проблемная зона одиноких и социально изолированных людей.
- 2) достаточный уровень мотивации к психотерапии и к личностным изменениям;
- 3) наличие психологического дискомфорта, тревожности.

В познавательной (когнитивной) сфере пациент получал представление о мере своего участия в возникновении, повторении и продолжении своих конфликтных ситуаций, то есть как он сам своим поведением и своим способом эмоционального реагирования способствует этому. При этом, у него появлялась возможность предотвратить повторение межличностных проблем, используя другое поведение. Таким образом, задача психотерапевта состояла в достижении интерперсонального осозна-

ния для того, чтобы пациент приобрёл возможность формирования более адекватных форм поведения.

В сфере поведения пациент должен был научиться корректировать свои неадекватные реакции и формы поведения с помощью применения различных вспомогательных приемов и техник.

Объекты и методы исследования

Объекты исследования – в исследование приняли участие 42 пациента, страдающие депрессивными расстройствами пограничного уровня.

Подбор участников исследования проводился в соответствии с рубриками Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10):

- Тревожно-фобические расстройства (социальные фобии, специфические (изолированные) фобии).
- Другие тревожно-фобические расстройства (паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство).
- Реакции на тяжелый стресс и нарушение адаптации (посттравматическое стрессовое расстройство, кратковременная депрессивная реакция, пролонгированная депрессивная реакция, смешанная тревожная и депрессивная реакция).
- Диссоциативные (конверсионные) расстройства.
- Соматоформные расстройства (ипохондрическое расстройство, соматизированное расстройство).
- Другие невротические расстройства (неврастения).

Отбор пациентов проводился рандомизированно:

- по возрастной категории – от 20 до 60 лет;
- по виду образования – от среднего до высшего образования;
- в зависимости от получаемых лекарственных препаратов и поддерживающих бесед с врачами, чтобы исключить их влияние на зависимую переменную.

При проведении исследования нами использовались клинико-психопатологические и экспериментально-психологические методы.

Противопоказания к проведению интерперсональной психотерапии

Противопоказанием к проведению интерперсональной психотерапии являлись следующие составляющие:

- а) больные со страхом перед самораскрытием и сильной опорой на «отрицание» как формой психологической защиты;
- б) пациенты, имеющие недостаточную мотивацию к изменениям;
- в) пациенты с низкой интерперсональной сензитивностью;
- г) пациенты, не настроенные на посещение всего цикла занятий;
- д) пациенты с характерологическими особенностями, не позволяющими им конструктивно работать в группе и извлекать из этой работы пользу (например, те, кто постоянно отыгрывают свои эмоции во вне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием; пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью);
- е) пациенты, страдающие острым психозом, тяжёлой депрессией, выраженными органическим поражениями центральной нервной системы (ЦНС).

Диагностический этап интерперсональной психотерапии

При проведении исследования нами на этапе диагностики особое внимание уделялось выявлению межличностного контекста невротического расстройства, особенно событиям, которые, являясь психотравмирующими, спровоцировали появление депрессивных симптомов. Для пациентов наблюдаемой группы были характерны конфликты в семейной и профессиональной сферах, являющихся межличностными составляющими.

Задачей психотерапевта на диагностическом этапе являлось получение наиболее полной картины характера социальных отношений и особенностей межличностных взаимодействий пациента, а также определение основных проблемных областей. Во время предварительной беседы внимание пациента специально акцентировалось на том, что на групповых занятиях много времени будет уделяться именно проработке межличностной проблематики. Необходимым было разъяснение рабочего фокуса и целей краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии или группы, ограниченной во времени. Пациентам сообщалось, что занятия в группе будут проходить 5 раз в неделю по 2 часа. Временной лимит увеличивал чувство личной ответственности за изменения и побуждал к отделению – независимости.

Результатом проведенных подготовительных мероприятий стало то, что отобранные пациенты

могли определить специфические проблемные области, в которых они ожидают изменений. Кроме того, появлялось желание использовать влияние группы, взаимодействовать с другими её участниками, помогать им. Как правило, это пациенты, умеренно зависимые от группы (не абсолютно независимые или равнодушные к ней) и не абсолютно зависимые от того, что скажут другие. В большинстве своём они имели чётко очерченные жалобы и эмоционально насыщенные, актуальные в настоящий момент времени проблемы, способные проявлять эмоциональные реакции во время оценочного интервью, имели весьма высокий уровень мотивации, способность к интроспекции (самонаблюдению), реалистичные ожидания от процесса психотерапии и позитивные перспективы.

Содержание психотерапевтических мероприятий

В развитии психотерапевтического процесса в группе достаточно чётко представляются его фазы:

- фаза зависимого и поискового поведения;
- фаза возникновения, обострения и разрешения внутригрупповых конфликтов;
- фаза формирования групповой сплоченности;
- фаза приобретения членами группы способности эффективно решать свои проблемы.

Фазы психотерапевтических изменений

Первая фаза групповой психотерапии характеризовалась пассивностью пациентов и высоким уровнем напряжения и тревоги. В этой фазе с целью быстрого формирования групповой сплоченности, создания благоприятного эмоционального климата, способствующего самораскрытию, применялся ряд специальных упражнений (вербальных и невербальных), в частности, упражнения «Зеркало», «Пантомима», «Эмоциональный словарь» с последующим обсуждением результатов проведенной группой работы.

Групповой психотерапевт активно участвовал в работе группы, руководил ею и поддерживал пациентов. Пациенты чувствовали себя понятыми, у них снижался уровень тревоги, достаточно быстро формировался терапевтический союз между психотерапевтом и другими пациентами. Достигнув этих целей, психотерапевт ставил перед собой задачу - прекратить активно руководить группой и перейти в позицию пассивного наблюдателя.

Вторая фаза характеризовалась также высоким уровнем напряжения в сочетании с более высокой активностью пациентов. Специфика этой

фазы заключалась в наличии негативных эмоций по отношению к психотерапевту, в нарастании конфликтности между участниками группы. К этому времени пациенты сталкивались с ситуацией, когда ими уже не руководят, не говорят, что и как делать, о чём говорить. Недовольство членов группы таким развитием событий перерастало в агрессию против ведущего группы, который «не выполняет» своей прямой обязанности – не руководит работой группы. Именно такая резкая смена роли ведущего от активной, направляющей, несколько директивной позиции до пассивной, наблюдающей, провоцирует быстрый переход к выражению агрессивных чувств участниками группы по отношению к психотерапевтам. Конструктивным разрешением этой кризисной фазы являлось открытое выражение пациентами своих чувств и обсуждение в группе проблем, связанных с авторитетами, зависимостью, поисками поддержки, недостаточной самостоятельностью и ответственностью, неуверенностью.

Через фазу конфронтации с психотерапевтом участники группы не только сплывались, но и приходили к пониманию и принятию личной ответственности за свою жизнь, к пониманию того, что их выздоровление зависит во многом от их собственной инициативы и активности, и никто за них не будет решать их проблемы.

Помимо нарастания напряжённости в отношениях с психотерапевтом, ведущим группу, обострялись конфликты и между участниками группы. Особое внимание ведущим уделялось обсуждению и анализу конфликтных интеракций между членами группового взаимодействия, чему способствовали специальные технические приёмы: упражнения «Эхо», «Стенка на стенку». Важным в этой фазе представлялось проведение параллели между характером конфликтов в группе и в реальной жизни пациентов. Такой эмоциональный феномен, как межличностный конфликт, вне анализа деятельностных взаимосвязей конфликтующих сторон понят быть не может. Необходимым для понимания механизмов возникновения внутригруппового конфликта являлось изучение системы предметных взаимосвязей членов группы, основой которых служит социально обусловленное проблемно-целевое содержание их совместной деятельности.

Третья фаза характеризовалась процессом структурирования группы, формированием сплочённости, взаимопомощи и взаимной поддержки. Данная фаза представлялась более интеллектуальной, нежели эмоциональной. Воздействуя на когнитивные составляющие самопознания и понимания процессов, происходящих в группе, мы, через про-

работку конфликтов внутри группы, активизировали механизм трансформации норм применительно к новым условиям. Основными темами групповой дискуссии являлись:

- доверие – недоверие;
- симпатия – антипатия участников группы, вскрытие их глубинных причин;
- исследование расхождений между представлениями относительно потребностей друг друга;
- анализ ожиданий одного по отношению к другому.

Четвертая фаза являлась «рабочей» фазой активно и целенаправленно работающей в психотерапевтической группе. Проводилась работа, направленная на выяснение причин конфликтов, путей их разрешения через выработку адекватных способов поведения. Психотерапевт применял вспомогательные приёмы и техники различных психотерапевтических направлений. Наиболее часто использовались элементы психодрамы, гештальт-терапии, поведенческой психотерапии. Все они были направлены на выработку альтернативных решений определённых конфликтов, обучение более эффективным социальным навыкам, повышению осведомленности о потребностях и чувствах других людей. В каждом конкретном случае подбор технических приёмов производился индивидуально, в зависимости от характера проблем каждого пациента.

Основной формой работы являлась групповая дискуссия. В основном использовалась интеракционная ориентация групповой дискуссии, направленная на анализ ситуаций и механизмов, связанных с функционированием группы, анализ группового взаимодействия.

Список использованной литературы:

1. Бек А., Раиш А., Шо Б., Эмери Г. *Когнитивная терапия депрессии* / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2003. – 300 с.
2. Войцех В.Ф. *Факторы риска повторных суицидальных попыток* // Журнал «Соц. и клин. психиатрия». – 2002. – Т. 12 – Вып. 3. – С. 14-21.
3. Толстикова А.Ю. *Самоотношение как эмоционально-оценочная система и парадокс депрессии в рамках проблемы зависимости от психоактивных веществ* / Матер. II съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов Республики Казахстан. – Павлодар, 2004. – С. 220-222.

Полученный уровень изменений в результате психотерапевтической интервенции

Симптоматический опросник SCL-90 – отмечалось выраженное улучшение по шкалам «Депрессия», «Тревожность», «Межличностная тревожность», «Индекса выраженности дистресса».

Личностный опросник – «Межличностные отношения» – улучшились показатели по индексу выраженности проблем в межличностной сфере.

Методика для исследования стадий психотерапевтических изменений показала переход участников группы со стадии предразмышления на стадию размышления, на стадию действия.

Методика для исследования самооценки – Q – сортировка отразила уменьшение расхождения между реальным и идеальным образами «Я» как признака формирования более позитивного самоотношения, снижения фрустрированности из-за недовольства собой и, как результат, улучшения социальной адаптивности [3].

Таким образом, разработанные в процессе исследования дифференцированные меры диагностики и профилактики депрессивных расстройств будут способствовать их раннему выявлению и своевременному квалифицированному лечению. Это позволит лицам, страдающим депрессивными расстройствами пограничного уровня, социально реабилитироваться, адаптироваться, оставаться полноценными членами общества с достаточным уровнем основного показателя психического здоровья – качества жизни. Ожидаемый экономический эффект от внедрения в практику результатов исследования основывается на сохранении трудоспособности и снижении уровня инвалидизации лиц с депрессивными расстройствами пограничного уровня в населении Республики Казахстан.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ, ПРИМЕНЯЕМОЙ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Т.А. Кусаинова

врач-педиатр «Екибастузкого диагностико-лечебного центра», г. Екибастуз (РК)

Область ментальной медицины представляет собой сферу уникальных знаний и закономерностей, которая расположена на стыке нескольких фундаментальных дисциплин: философии, биологии, психологии. Имея такие внушительные корни, данный раздел медицины ставит перед собой вполне реальные, в том числе прикладные цели. Обеспечение потребности общества в качественной, адекватной помощи в области психического здоровья определяет место ментальной медицины в общей палитре клинических дисциплин [2].

Реализуя ряд своих ключевых подходов (профилактических, диагностических, лечебных), ментальные дисциплины переплетаются с другими областями медицины. Так, например, система психиатрических знаний вытекает из основных закономерностей физиологии возрастных изменений. Соответственно на практике это проявляется во взаимном проникновении и кооперировании психиатрии и педиатрии, геронтологии. Такая интеграция создает уникальный профиль научных и прикладных знаний.

В рамках выше изложенного, детская психиатрия представляет собой одну из ключевых психиатрических дисциплин, которая имеет собственные особенные закономерности, определяемые объектом прикладных знаний. В наибольшей степени это имеет отношение к феноменологическому, диагностическому аппарату [1].

В частности в системе «субъектных - объектных» отношений, имеет место триада «врач – пациент – родитель». Поэтому многое зависит от того, насколько эффективно врач сможет вовлечь семью пациента в терапевтический процесс.

Основные особенности детской психиатрии касаются выстраивания контакта и сбора информации для группирования симптомов в синдромы.

Большинство синдромов в детской психиатрии состоит из комбинаций симптомов (и признаков) в четырёх основных сферах: эмоции, поведение, развитие и взаимоотношения. Как у любого практического правила, бывают и исключения; наиболее заметные – шизофрения и нервная анорексия.

Четыре области симптомов, это:

- эмоциональные симптомы;
- проблемы с поведением;
- задержки развития;
- трудности взаимоотношений.

Эмоциональные симптомы, интересующие детского психиатра, хорошо знакомы большинству тех, кто изучает психическое здоровье. Однако здесь есть отличие от взрослой психиатрии – надо гораздо более тщательно спрашивать о «соматических» эквивалентах эмоциональных симптомов, например, боли в животе в понедельник утром могут быть гораздо более заметны, чем лежащая в их основе тревога по поводу школы или разлуки.

Сообщения родителей – главный источник информации об эмоциональных симптомах маленьких детей, у детей постарше и подростков всё большее значение приобретают их собственные сообщения. Весьма удивительно, что сообщения родителей и детей об эмоциональных симптомах часто не согласуются. Встречаясь с противоречивыми сообщениями, часто трудно решить, кому верить. Возможно, что родители убедительно и детально описали ряд случаев, когда страх собак у ребёнка приводил к панике или прекращению прогулки, тогда как собственное заявление ребёнка о том, что он никогда ничего не боится, кажется смесью бравады и желания как можно быстрее закончить интервью. В альтернативном случае собственный отчёт девочки-подростка может ясно показать, что она испытывает выраженную тревогу, которая мешает ей сосредоточиться и засыпать, хотя её родители ничего об этом не знают, потому что она не доверяет им и много времени проводит в своей комнате. В других случаях труднее узнать, кому верить, и, возможно, более разумно признать, что существует не одна правда, а множество точек зрения [5].

Проблемы с поведением, составляющие существенную часть практики детских психиатров, гораздо менее знакомая область для большинства тех, кто изучает психическое здоровье, так как взрослые с похожими симптомами чаще появляются в судах, а

не в клиниках. Опрос нужно сосредоточить на трёх главных сферах поведения:

- а) вызывающее поведение, часто сопровождаемое раздражительностью и вспышками гнева;
- б) агрессия и деструктивность;
- в) антисоциальное поведение, такое как воровство, поджоги и злоупотребление веществами.

Основными источниками информации о проблемах с поведением обычно бывают сообщения родителей, учителей, однако дети и подростки иногда скажут о проступках, не известных их родителям и учителям. Спрашивать детей об их вызывающем поведении не имеет большого смысла, так как детям (как и взрослым) трудно признать, что они бывают неразумны, разрушительны, раздражительны, даже если они с лёгкостью узнают эти качества у других.

Оценка задержки развития может быть особенно трудна, если руководствоваться, лишь канонами классической психиатрии. Феномен развития, присущий детскому возрасту, осложняет оценку, которая у взрослых была бы достаточно простой.

Сферы развития, особенно важные для детской психиатрии, – это регуляция внимания и активности, речь и язык, игра, моторные навыки, контроль над мочевым пузырем и кишечником, а также достижения в учёбе, особенно в чтении, письме и математике. При определении текущего уровня функционирования необходимо пользоваться и данными непосредственных наблюдений за ребенком, и сообщениями родителей и учителей. Спрашивая родителей об основных этапах развития, следует узнать о ходе его в прошлом.

Оценить трудности детей в социальных отношениях – также тяжёлая задача, отчасти потому, что взаимоотношения у детей меняются по мере развития. Кроме того, если ребёнок не ладит с другими людьми, то не всегда ясно, что это отражает проблемы ребенка, а не других людей.

Наиболее впечатляющие нарушения социальных отношений можно видеть при аутистических расстройствах. Обычно они принимают одну из трех форм: отчужденное безразличие, отношение к другим людям не как к людям; пассивное принятие взаимодействий, когда другие берут инициативу и говорят, что делать; а также неуклюжий и несочувственный социальный интерес, обычно отталкивающий других своей неловкостью [4].

Рассторженность и недостаток сдержанности с посторонними выражены при некоторых аутистических и гиперкинетических расстройствах, а также при расстройствах привязанности, они могут также

наблюдаться при мании и тяжелой травме головы. Рассторженность может сопровождаться надоедливой и докучливой манерой.

У некоторых детей имеются трудности в отношениях почти со всеми социальными партнерами: и с детьми, и с взрослыми, и с незнакомыми, и с друзьями. У других детей проблемы ограничены специфическим типом социальных отношений, например привязанностью или дружескими отношениями. Проблемы могут даже ограничиваться одним важным социальным партнером. Так, большинство детей особенно привязано к относительно небольшому числу главных для них людей. И качество привязанности ребенка (надежная, сопротивляющаяся, отчужденная или дезорганизованная) может различаться в зависимости от того, с кем из этих ключевых людей ребенок устанавливает отношения. Например, привязанность к основному воспитателю может быть ненадежной, а к остальным – надежной. Похожая специфика может наблюдаться и во взаимоотношениях братьев и сестёр.

Можно получить информацию о социальных взаимоотношениях ребёнка из нескольких источников. Очень полезным может оказаться наблюдение взаимодействий между членами семьи в приёмной или кабинете врача. Необходимо зафиксировать, как ребёнок обращается к окружающим, врачу, когда обследуют его физическое и психическое состояние. Если оценка в существенной степени следует стандартизированной схеме для всех детей, то ещё более впечатляет то, что один ребёнок застенчив и все время говорит односложно, а другой ребёнок того же возраста приветствует врача как лучшего друга. Непосредственное наблюдение дополняется историей болезни. Родители обычно могут много рассказать вам об отношениях их ребёнка с другими людьми, начиная с раннего возраста. Стоит получить сведения об отношениях ребёнка со сверстниками от учителя, но необходимо помнить, что учителя не всегда в курсе проблем со сверстниками, даже если они довольно существенные, – возможно потому, что обычно они не следят за игровой площадкой.

Лишь у малой части пациентов симптомы ограничены только одной областью, однако такие дети существуют. Так, у детей с генерализованным тревожным расстройством могут быть чисто эмоциональные симптомы, у детей с социализированным расстройством поведения – чисто поведенческие проблемы, а у детей с рассторженным расстройством привязанности – трудности только во взаимоотношениях. И хотя у многих детей бывают чистые задержки развития, такие как первичный энурез, рецептивное расстройство речи или специфическое расстройство чтения, детский психиатр обычно

видит у них и другие симптомы. А у некоторых гиперактивных детей, которых принимает детский психиатр, определённо имеются достаточно чистые задержки развития регуляции внимания и активности. У большинства пациентов детских психиатров симптомы имеются в двух и более областях.

Важным дифференциальным критерием в детской психиатрии является характер и масштаб влияния на сферы жизни ребёнка той или иной симптоматики.

Главный показатель влияния должен определять, приводят ли симптомы к значительным социальным нарушениям, существенно подрывая возможности ребёнка выполнять то, что от него в норме ожидается в каждодневной жизни. Главные сферы жизни, которые следует рассматривать, – это семейная жизнь, занятия в школе, дружеские отношения и занятия в свободное время, хотя иногда оплачиваемая работа и физическое здоровье также имеют значение. Важны также два дополнительных показателя влияния: страдание ребёнка и вред для других. Тревожные или депрессивные дети, как и такие же взрослые, иногда могут выполнять то, что от них в норме ожидается, испытывая при этом значительные внутренние муки. Равным образом, проблемы с поведением могут иногда причинить значительный вред другим, не приводя к заметным социальным нарушениям или страданию ребёнка. Например, родители и сиблинги детей с серьёзными физическими или умственными проблемами иногда стоически переносят выраженное открытое неповиновение, вспышки гнева и деструктивность, страдают сами, но делают всё возможное, чтобы ребёнок не «расплачивался за это». В этих случаях клинически разумно диагностировать наличие расстройства, даже если у ребёнка на самом деле нет социальных нарушений из-за симптомов.

С научной точки зрения установление единственной причины детского психического расстрой-

ства редко бывает оправдано. Большую часть «причин» в детской психиатрии лучше всего рассматривать в качестве факторов риска, которые увеличивают вероятность конкретного расстройства, не гарантируя, что оно возникнет. Так, хотя воздействие высокого уровня конфликта между родителями и является фактором риска для проблем с поведением, у многих детей, подвергшихся воздействию родительского конфликта, проблемы с поведением не развиваются.

Наличие расстройства может объясняться на следующей основе:

- 1) предрасполагающие факторы;
- 2) кристаллизующие факторы;
- 3) поддерживающие факторы.

Таким образом, согласно приведённому выше аналитическому принципу изучения детской психики, нозологически принято очерчивать три категории расстройств.

Эмоциональные расстройства иногда описывают как расстройства интернализации; это восходит к прошлым представлениям о том, что «стрессы» могут быть обращены вовнутрь (интернализированы), приводя к беспокойствам, страхам, страданию, болям в животе.

Аналогично *деструктивные расстройства* поведения иногда описывают как расстройства экстернализации, имея в виду, что «стрессы» могут также быть обращены наружу (экстернализованы), приводя к деструктивному, вызывающему, агрессивному или антисоциальному поведению, которое обрушивается на других.

Расстройства развития – разнородная группа, характеризующаяся задержками и аномалиями развития функций, которые в норме в предсказуемой последовательности разворачиваются в результате биологического созревания.

Таксономически это может быть представлено следующим образом (см. таблицу 1).

Таблица 1

Диагностические таксоны [3]

Эмоциональные расстройства	Деструктивные расстройства поведения	Расстройства развития
Тревожные расстройства Фобии Депрессия Обсессивно-компульсивное расстройство соматизация	Расстройство поведения Оппозиционно-вызывающее расстройство гиперактивность	Задержка речи, языка Задержка чтения Аутистические расстройства Генерализованная недостаточная обучаемость Энурез, энкопрез

В целом следует отметить, что рассматривая психиатрический диагноз в контексте физиологии детского возраста, необходимо понимать закономерности

континуума нормы – предболезни – болезни. В этом ключе следует выстраивать систему диагностического поиска.

Список использованной литературы:

1. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М., 1979.
2. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. – М., 1995.
3. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. – М.: Триада-Х, 2008.
4. Сухарев Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. – М., 1974.
5. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. – М.: Медицина, 1972.

УДК 616.89

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ – ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

О.В. Тюменцева

участковый психиатр центра психического здоровья детей и их семей
ГУ «Павлодарский областной психоневрологический диспансер»,
г. Павлодар (РК)

Термин «задержка психического развития» был предложен Г.Е. Сухаревой ещё в 1959 году. Под задержкой психического развития (ЗПР) понимают замедление нормального темпа психического созревания по сравнению с принятыми возрастными нормами. Обычно ЗПР начинается в раннем детском возрасте без предшествующего периода нормального развития, характеризуется стабильным течением (без ремиссий и рецидивов, в отличие от психических расстройств) и тенденцией к прогрессивному нивелированию по мере взросления ребенка. О ЗПР можно говорить до младшего школьного возраста. Сохраняющиеся признаки недоразвития психических функций в более старшем возрасте свидетельствуют об олигофрении (умственной отсталости).

Психическое развитие ребенка – это сложный, генетически обусловленный процесс последовательного созревания высших психических функций, реализующийся под влиянием различных факторов внешней среды. К основным психическим функциям относятся: гнозис (узнавание, восприятие), праксис (целенаправленные действия), речь, память, чтение, письмо, счет, внимание, мышление (аналитико-синтетическая деятельность, умение сравнивать и классифицировать, обобщать), эмоции, воля, поведение, самооценка и др.

Задержка психического развития (ЗПР) – пограничное с умственной отсталостью (олигофрени-

ей) состояние, т.е. промежуточная форма интеллектуальной недостаточности между дебильностью и нормой.

Степень задержки развития психических функций может варьировать от лёгкой степени до выраженной степени:

- при *лёгкой степени* становление возрастных навыков запаздывает в пределах одного возрастного периода;
- при *средней степени* становление возрастных двигательных и речевых навыков, эмоциональных реакций, ручных умений, коммуникативных взаимодействий и других нервно-психических функций задерживается более чем на один возрастной период;
- при *тяжёлой степени* отставание в приобретении возрастных навыков превышает два возрастных периода.

Главные клинические признаки задержки психического развития:

- а) запаздывание развития основных психофизических функций (моторики, речи, социального поведения);
- б) эмоциональная незрелость;
- в) неравномерность развития отдельных психических функций;
- г) функциональный, обратимый характер нарушений.

Различия задержек психического развития

Первичные задержки – это наиболее распространённые нарушения развития. В их основе лежат гипоксические, травматические, инфекционные, токсические и другие факторы, действующие на развивающийся мозг в перинатальном периоде (родовая травма, асфиксия, ранние инфекции, недоношенность, некоторые наследственные заболевания, эндокринопатии и др.), приводящие к негрубому поражению головного мозга, не достигающему чёткого органического дефекта.

Вторичные задержки развития возникают на фоне первично неповреждённого головного мозга при хронических соматических заболеваниях (например, при пороках сердца) из-за обменных нарушений и связанных с ними токсическими и гипоксическими воздействиями.

Состояния, относимые к ЗПР, являются составной частью более широкого понятия «пограничная интеллектуальная недостаточность» (Ковалев В.В., 1973). В англо-американской литературе пограничная интеллектуальная недостаточность частично описывается в рамках клинически недифференцированного синдрома «Минимальность мозговой дисфункции» (ММД).

Распространённость задержек психического развития среди детского населения (как самостоятельной группы состояний) составляет 1%, 2% и 8–10% в общей структуре психических заболеваний (Кузнецова Л.М.). Задержки психического развития в качестве синдрома, естественно, встречаются значительно чаще.

Особенно актуальна задержка психического развития и в образовательном процессе, так как теснейшим образом связана с уровнем школьной успеваемости. Число учеников начальных классов, испытывающих стойкие затруднения в обучении, составляет от 5% до 11% (Певзнер М.С., 1972; Лубовский В.И., 1972; и др.).

Актуальность проблемы обусловлена необходимостью междисциплинарного взаимодействия, поскольку ЗПР неоднородна как по причинам, так и по характеру коррекционных подходов (Лебединский В.В., 1985; Ковалев В.В., 1995; Семаго Н.Я., Семаго М.М., 2001).

В.В. Лебединский (2003) выделяет шесть основных видов нарушений психического развития у детей:

- 1) необратимое психическое недоразвитие (олигофрения);
- 2) задержанное психическое развитие (обратимое – полностью или частично);
- 3) поврежденное психическое развитие – деменция (наличие предшествующего периода нормального психического развития);

- 4) дефицитарное развитие (в условиях нарушенного зрения, слуха, соматической патологии);
- 5) искаженное психическое развитие (ранний детский аутизм);
- 6) дисгармоническое психическое развитие (психопатии).

Причины задержки психического развития выделяют следующие:

1. Биологические:
 - патология беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы), внутриутробная гипоксия плода;
 - недоношенность;
 - асфиксия и травмы при родах;
 - заболевания инфекционного, токсического и травматического характера на ранних этапах развития ребёнка;
 - генетическая обусловленность.
2. Социальные:
 - длительное ограничение жизнедеятельности ребёнка;
 - неблагоприятные условия воспитания, частые психотравмирующие ситуации в жизни ребёнка.

На сегодняшний день проблема лечения и коррекции детей с задержкой психического развития актуальна в детской психоневрологии. Проблема комплексная и обусловлена не только недостатком дошкольных коррекционных учреждений, дефицитом в регионах детских психиатров и неврологов, но и отсутствием стандартов в детско-подростковой психиатрии.

На сегодняшний день можно выделить следующие классификационные критерии - первичность и вторичность нарушений, дизонтогенетическая (аномалии развития) или энцефалопатическая форма, в патогенезе преобладание мотивационных нарушений или нейродинамических – когнитивных.

Первичные формы задержки психического развития

1. ЗПР конституционального происхождения (психический инфантилизм):
 - 1.1. Гармоничный инфантилизм;
 - 1.2. Дисгармоничный инфантилизм.
2. Врожденная субдебилность:
 - 2.1. Малоодаренные дети;
 - 2.2. Конституционально глупые;
 - 2.3. Салонное слабоумие.

Вторичные формы задержки психического развития

3. ЗПР психогенного происхождения.
4. ЗПР соматогенного происхождения:
 - 4.1. Соматогенный инфантилизм;

- 4.2. Соматогенная астения.
5. ЗПР церебрально-органического происхождения:
 - 5.1. Органический инфантилизм:
 - 5.1.1. Тормозимый тип;
 - 5.1.2. Неустойчивый тип.
 - 5.2. Энцефалопатическая форма:
 - 5.2.1. Церебрастенический вариант;
 - 5.2.2. Неврозоподобный вариант;
 - 5.2.3. Гиперкинетический (психомоторный) вариант;
 - 5.2.4. Аффективный вариант;
 - 5.2.5. Психопатоподобный вариант;
 - 5.2.6. Эпилептиформный вариант;
 - 5.2.7. Апатико-адинамический вариант.
6. ЗПР при сенсорной депривации (слепота, глухота, глухонмота).

Синдром задержки психического развития полиэтиологичен, основными его причинами являются:

- 1) перинатальные поражения центральной нервной системы (гипоксически-ишемического, травматического, инфекционного, метаболического характера; алкогольная и другие фетопатии);
- 2) эпилепсия и эпилептические энцефалопатии;
- 3) гидроцефалия (в т.ч. и гипорезорбтивные нарушения);
- 4) краниостенозы;
- 5) новообразования головного мозга;
- 6) пороки развития головного мозга (дисгенезии мозолистого тела, голопрозэнцефалия, арахноидальные кисты и др.);
- 7) наследственные болезни (фенилкетонурия, гистицинемия, гомоцистинурия и др.);
- 8) митохондриальные заболевания;
- 9) болезни накопления;
- 10) хромосомные болезни (синдром Дауна, фрагильная X-хромосома и др.);
- 11) наследственные синдромы;
- 12) нейрокожные синдромы (нейрофиброматоз, туберозный склероз, энцефалотригеминальный ангиоматоз и др.);
- 13) врожденные эндокринные заболевания (врожденный гипотиреоз и др.);
- 14) аутистические расстройства (синдром Канера, Аспергера, Ретта и др.);
- 15) соматическая патология (болезни сердца, почек и др.);
- 16) снижение зрительной и слуховой функции;
- 17) педагогическая запущенность.

Результаты наблюдений

В результате наблюдения участковым педиатром областного психоневрологического диспансера де-

тей с задержкой психического развития в течение 2010 и 2011 годов получены следующие результаты.

За период 2010 года наблюдались и обследовались 622 ребёнка. Из них первичных 111 детей.

За период 2011 года наблюдались и обследовались 770 детей. Из них первичных 137 чел. Возраст детей в среднем составлял от 4 до 10 лет.

Изучение анамнеза детей с ЗПР показало, что в большинстве случаев выявлено наличие негрубой органической недостаточности нервной системы, чаще – резидуального характера: патологию беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы), асфиксию и травму в родах, постнатальные нейроинфекции, токсико-дистрофирующие заболевания первых лет жизни.

При церебрально-органической недостаточности в первую очередь страдает энергетическая система (под действием патогенного воздействия), которая вносит в психическое состояние различные астенические состояния: проявляющиеся в виде повышенной нервно-психической истощаемости, чувствительности к интенсивности внешних воздействий (Лебединский В.В., 2003).

В исследовании принимали участие 46 детей в возрасте от 4 до 10 лет с ЗПР церебрально-органического генеза, которые находились на лечении в стационаре в течение 1-2-х лет. В интервалах между госпитализациями проводилась коррекционная работа.

Органическое поражение центральной нервной системы (ЦНС) определялись сбором анамнеза и методами диагностики, представленными в виде клинического психиатрического осмотра, патопсихологического, неврологического и нейрофизиологического исследования.

При исследовании анамнеза беременности и родов выявилось, что 15% детей родились недоношенными, 7% детей имели 1 фактор риска перинатальной патологии, остальные имели, как правило, 2-3 фактора риска развития органической патологии. Перинатальные факторы риска: инфекция, недоношенность, угрозы прерывания беременности, интранатальная патология, ХФПН.

Проявления церебрально-органической патологии в 100% случаев подтверждались только при клиническом психиатрическом осмотре и патопсихологическом тестировании – исследовались внимание, память, работоспособность и мышление. Дети были осмотрены логопедом-дефектологом. Для определения уровня интеллектуального развития использовались психологические тесты. С 5-летнего возраста дополнительно для диагностики ЗПР использовалась классическая батарея тестов Векслера для детей до 16 лет. При проведении исследования у детей с ЗПР от 5 лет мы выбирали индекс

интеллектуального развития (IQ) в диапазоне от 71 до 79 баллов.

Проводилась стандартная электроэнцефалография (ЭЭГ) с функциональными пробами (гипервентиляция, звуковая и зрительная стимуляция). ЭЭГ-изменения были либо генерализованными, либо отмечались в лобных и центрально-теменных областях, что позволило расценивать их как дисфункцию ствола мозга либо как дисфункцию верхнестебельных (диэнцефальных) структур. Чаще локальные изменения выявлялись преимущественно в структурах левого полушария.

В неврологическом статусе у детей с ЗПР часто встречаются признаки гидроцефального синдрома, лёгкие нарушения черепно-мозговой иннервации, симптомы стертого гемисиндрома, вегетососудистой дистонии. В 72% случаев выявлены нарушения мелкой и крупной моторики.

После лечения проводилось ЭЭГ исследование, в котором регистрировались положительные неспецифические изменения: уменьшение количества низкочастотных колебаний, возрастание представленности б-активности в затылочных областях, увеличение количества групп б-волн и снижение количества полифазных потенциалов в затылочных отведениях.

Динамику проведенного лечения оценивали как по характеру улучшения когнитивно-мнестических проявлений, работоспособности, так и по общим интеллектуальным проявлениям.

Список использованной литературы:

1. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995.
2. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. – М., 2003.
3. Лебединский В.В., Марковская И.Ф., Лебединская К.С., Фишман М.М., Труш В.Д. Клинико-нейропсихологический и нейрофизиологический анализ аномалий психического развития детей с явлениями минимальной мозговой дисфункции // А.Р. Лурия и современная психология. – М., 1982.
4. Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития // Альманах Института Коррекционной Педагогике РАО. – 2005. – № 9.
5. Лубовский В.И., Переслени Л.И. Дети с задержкой психического развития. – М., 1983.
6. Лубовский В.И. Задержка психического развития // Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. – М., 2003.
7. Марковская И.Ф. Задержка психического развития церебрально-органического генеза: Дисс. канд. пед. наук. – 1982. – 199 с.
8. Певзнер М.С. Клиническая характеристика детей с нарушением темпа психофизического развития: Сборник статей под ред. Т.А. Власовой, М.С. Певзнер. – М.: Из-во АПН РСФСР, 1983
9. Певзнер М.С. Клиническая характеристика детей с нарушением темпа развития // Хрестоматия. Дети с нарушениями развития. Сост. Астапов В.М. – М.: Международная педагогическая академия, 1993.
10. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Задержка психического развития: основные современные показатели // Школьный психолог. – 1999. – № 32.
11. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. 2-е изд. – М.: АРКТИ, 2001.

Выбор лекарственного средства проводится с учётом индивидуальных особенностей ребенка и коморбидных состояний.

В настоящее время при терапии ЗПР используются следующие нейротропные средства:

- 1) производные пирролидона: пирацетам и др.;
- 2) производные пиридоксина: биотредин, энцефабол;
- 3) производные и аналоги гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК): аминалон, пикамилон, фенибут, пантогам;
- 4) препараты, усиливающие холинергические процессы: глиатилин, цераксон, энцефабол, церебролизин;
- 5) глутаматергические препараты: глицин, акатинол мемантин;
- 6) нейропептиды и их аналоги: церебролизин, актовегин, кортексин, церебрамин, семакс;
- 7) цереброваскулярные средства (винпоцетин, циннаризин, инстенон, гинкго билоба, вазобрал и др.);
- 8) гомеопатические средства (церебрум композитум h и др.);
- 9) витаминopodobные средства (идебенон, магне в₆ и др.);
- 10) антигипоксанты и антиоксиданты (мексидол, цитофлавин, энцефабол);
- 11) общетонизирующие средства (когитум, элькар, лецитин и др.);
- 12) витамины группы В (нейромультивит и др.).

ДЕПРЕССИЯ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ж.С. Ускенбаева

врач - психиатр женского отделения экзогенных и эндогенных расстройств РГКП «Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии» Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г. Алматы

В материалах Всемирной организации здоровья (ВОЗ) имеются данные, свидетельствующие, что более 110 млн. человек в мире страдают депрессией. По мнению большинства авторов, сохраняется устойчивая тенденция к последовательному увеличению распространенности депрессивных расстройств. При этом, как правило, больные с депрессивными нарушениями преимущественно обращаются к врачам общей практики [1]. В настоящее время депрессия определяется как болезненное состояние с характерным чувством тоски, подавленности, отчаяния, с мыслительной и двигательной заторможенностью.

Суммарная доля аффективных заболеваний от всех психопатологических нарушений, наблюдающихся в общей медицинской практике, приближается к 50%. При этом на динамике статистических показателей сказывается углубление представлений о расстройствах депрессивного спектра, принадлежащих к его «мягкому» полюсу и включающих атипичные (стертые) формы – маскированные депрессии, нередко соболезненные (коморбидные) соматической патологии. В клинической картине таких форм доминируют невротические, соматизированные, вегетативные расстройства, по поводу которых пациенты обращаются за помощью в учреждения общей медицинской сети. Именно поэтому в современных условиях проблема депрессий рассматривается, как одна из ключевых не только в психиатрии, но и в общей медицине.

Свыше 70% больных предъявляют исключительно соматические жалобы, которые приблизительно у трети могут сочетаться с симптомами психического неблагополучия (чувством беспокойства, подавленности, раздражительности, плаксивости). Обычно эти симптомы больные склонны трактовать как вторичные по отношению к «тяжелому» соматическому недугу (реакция на заболевание).

Общепринято деление депрессий на две основные группы:

- эндогенную;
- психогенную.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), депрессия рассматривается преимущественно с позиции «расстройств настроения» (аффект):

а) выделяются депрессивные эпизоды в рамках «Биполярного аффективного расстройства» «Депрессивный эпизод (легкий, умеренный, тяжелой степени тяжести)», «Рекуррентное депрессивное расстройство», «Хронические аффективные расстройства настроения» (дистимия, циклотимия);

б) описываются депрессивные реакции на стресс, депрессивные расстройства поведения детского и подросткового возраста, органические депрессии. Депрессивное изменение настроения наряду с искажением когнитивных процессов может сопровождаться моторным торможением, снижением побуждений к деятельности, соматовегетативными дисфункциями [2, 3].

Для депрессии диагноз может быть поставлен при наличии определенных симптомов, несколько из них основные, другие дополнительные. Критерии диагноза депрессии по МКБ-10.

Обязательны два (возможно более) из следующих симптомов:

- 1) сниженное депрессивное настроение большую часть дня;
- 2) утрата интересов и способности получать удовольствие от того, что ранее радовало;
- 3) наличие чувства утраты (снижение) энергии и повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы:

- снижение способности концентрации внимания;
- снижение самооценки;
- идеи самоуничтожения и виновности;
- нарушения сна любого типа;
- снижение аппетита, уменьшение массы тела;
- суицидальные тенденции.

Длительность депрессивного состояния – не менее 2 недель.

Структура депрессии определяется разными соотношениями в аффективной, идеаторной и моторной сферах. Значительно распространены астенические депрессии. Часто встречаются тоскливая и тревожная депрессии, определяемые по преобладанию тоски или тревоги. Наиболее типичные симптомы тоскливой депрессии: наряду с чувством подавленности, отчаяния, «душевной боли», безнадёжности, замедленность мыслей, «пустота в голове», трудность сосредоточения внимания, ухудшение

памяти. Тревога привносит в общую картину депрессии чувство напряжённости, сдавленности, угрызения совести со стремлением к нецеленаправленному двигательному беспокойству.

При дисфорической депрессии отмечаются отрицательные ощущения и эмоции, распространяющиеся на всё вокруг и на своё самочувствие, склонность к агрессии против окружающих и самого себя. При апатической депрессии характерны безразличие, скука, отсутствие желаний и побуждений к деятельности, ощущение пустоты, бесчувствия, тягостной безучастности.

Депрессии с преимущественно вегетативными и соматизированными расстройствами можно квалифицировать, если сниженный фон настроения находится на втором плане, а на первый план выступают соматические клинические симптомы различных заболеваний. Нередко встречается адинамическая депрессия – с апатией, слабостью, бессилием, безразличием к окружающему.

Возможны и другие виды депрессий: ажитированная, астеническая, с бредом самообвинения, ироническая, слезливая, ступорозная, с бредом громадности, с нигилистическим бредом, с бредом обвинения и осуждения, преследования и др. Фиксация на своём здоровье с пессимистической оценкой настоящего и будущего может стать ведущей в клинической картине заболевания.

Особое место в медицинской практике принадлежит соматизированным депрессиям. Наиболее общим признаком этих вариантов депрессивных расстройств можно считать наличие в их структуре, наряду с аффективными, болезненных симптомов, затрагивающих соматическую сферу. Депрессия как бы маскируется соматическими расстройствами, локализованными в различных органах и системах организма. Если у больного наблюдается:

- повышенная утомляемость на протяжении дня;
- сонливость, сочетающаяся с бессонницей среди ночи и ранним пробуждением;
- потеря аппетита;
- изменения в массе тела;
- повышенное беспокойство;
- снижение либидо;
- аменорея и другие менструальные расстройства;
- психосоматические нарушения, касающиеся сердечнососудистой, дыхательной, пищеварительной систем, суставов, кожи (снижение тургора кожи, ломкость волос и ногтей);
- болевые ощущения (в области головы, сердца);
- невралгии, длительные алгии в грудной клетке (нехарактерные для стенокардии);

- стойкая астения (при невыраженной железодефицитной анемии);
- нерешительность или потеря концентрации;
- ощущение своей ненужности;
- повторяющиеся мысли о смерти;

то следует думать о депрессии [1].

Тревожная депрессия преимущественно может развиваться в прединсультном состоянии, астенопихондрическая – при развивающейся глухоте, апатическая депрессия характерна для алиментарной дистрофии, затяжных сепсисов, тяжёлого туберкулёза. При эпидемических и других энцефалитах возможны тревожно-депрессивные состояния с чувством внутреннего напряжения и др. При дизэнцефальной реакции на тяжёлые соматические заболевания, при длительной нагрузке на вегетативную нервную систему может развиваться вегетативная депрессия. Состояния эйфории могут возникнуть при легочном туберкулезе, в период рековалесценции после тяжёлых заболеваний, при гриппе, некоторых эндокринных заболеваниях [3].

При желудочно-кишечных заболеваниях высока вероятность возникновения ипихондрических депрессий, при язвенном колите – астенодепрессивных состояний, при заболеваниях печени – дисфорическая, при сердечно-сосудистых заболеваниях – невротическая депрессия с фобическими компонентами, которые могут резко усиливаться при стенокардии [4].

Лица с сердечнососудистыми заболеваниями очень часто имеют астенодепрессивный синдром (к заниженному настроению присоединяется повышенная раздражительность). При артериальной гипертензии возможны тревожно-депрессивные реакции. Замечено, что соматические заболевания имеют конкретный вид аффективной патологии.

Очевидно, что так называемая органическая или большая депрессия проявляется при определённых структурных органических поражениях мозга, а это уже неврологический взгляд на проблему. Широко обсуждаются такие проблемы, как паркинсонизм и депрессия, гипоталамическая недостаточность и депрессия, деменция и депрессия. Депрессия является наиболее характерным психопатологическим проявлением рассеянного склероза и т.д. Большое количество органических заболеваний нервной системы, имеющих определённую структурную и химическую основы, проявляется депрессией.

Из класса психогенных болезней вырастают все психовегетативные нарушения, психомоторные расстройства, психоэндокринные, психосенсорные нарушения. Здесь в основе болезни лежат психогенные факторы, на начальных этапах невротические конфликты, стрессорные ситуации. Очевидно, что

среди этих психогенных заболеваний определенное место занимают и депрессивные нарушения. Выделяются депрессивный, астенический неврозы [4].

В общесоматической практике обычно больные предъявляют жалобы, касающиеся их физического состояния. Основная доля это пациенты с атипичными амбулаторными формами, когда депрессия протекает под маской вегетативных и алгических проявлений. Боль – один из самых распространенных симптомов, при разных формах боли врач видит, что где-то имеется локальный патологический процесс. Депрессия играет особую роль в возникновении таких распространенных заболеваний, как хронические боли: боли в спине, в том числе поясничные и плечевые, головные боли напряжения (ГБН), мигрени, постинсультные боли, фибромиалгия, хроническая ишемическая болезнь мозга и др. [5]. Около 80% людей, по статистике, страдают ГБН.

Синдром вегетативной дистонии, также в значительной степени обусловлен депрессивными расстройствами. Наиболее яркое их проявление - пароксизмы, приступы, которые теперь обозначаются как панические атаки. Отсутствие эффекта при лечении данных заболеваний стандартными средствами может с большой вероятностью свидетельствовать о наличии депрессии.

Важно иметь в виду, что депрессивные состояния развиваются преимущественно у лиц среднего и пожилого возраста. Особый интерес представляет соотношение мужчин и женщин среди больных депрессией.

Значительно преобладают женщины, не только среди больных депрессией, но и при всех психических заболеваниях, где ведущую роль играют аффективные расстройства. На приеме у врача-терапевта в городской поликлинике оказалось, что соотношение женщин и мужчин составляет 8 : 1. При этом, чем легче форма депрессии, тем больше ей подвержены женщины. Удалось доказать, что кроме социальных, психологических, эндокринных и многих других факторов у женщин подразумевается или обсуждается роль серотониновой недостаточности.

У специалистов нередко складывается превратное впечатление о наличии у пациентов соматического заболевания. Это может повлечь многочисленные повторные обследования, консультации специалистов, длительное, в том числе и хирургическое, лечение, часто безрезультатное. Чтобы избежать этого, врачу общей практики необходимо лишь обратить внимание на угнетенное состояние больных, на их жалобы по поводу страдания, на неверие в успех терапии.

Своевременное распознавание и правильная квалификация депрессивных расстройств приобретают реальный смысл лишь в аспекте эффективной помощи больным, а именно - при проведении адекватной терапии, соответствующей по интенсивности и длительности основным параметрам аффективной патологии (тяжести, структуре и др.) совместно с психиатрами.

Список использованной литературы:

1. World Health Organization. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope.* – Geneva: World Health Organization, 2001.
2. Вертоградова О.П. Депрессия как общемедицинская проблема // Журнал «Медицина для всех». – 1997. – № 2 (4). – С. 2-5.
3. Зотов П.Б., Уманский М.С. *Депрессия в общемедицинской практике (клиника, диагностика, лекарственная терапия): методическое пособие для врачей.* – М., 2006. – 35 с.
4. Федорова В.И. *Роль психовегетативных расстройств в развитии и течении артериальной гипертензии и нарушений ритма сердца, возможности их коррекции: дисс... док. мед наук.* – 2009. – 135 с.
5. Акарачкова Е.С., Вершинина С.В. Синдром вегетативной дистонии или депрессия? Депрессивные расстройства в общесоматической практике // РМЖ. – 2010. – № 26. – Том 18. – С. 24-28.

ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ (НЕХИМИЧЕСКИХ) ЗАВИСИМОСТЕЙ

Н.В. Асланбекова

заведующая отделением психотерапии и реабилитации РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (РК)

Поведенческие (нехимические) аддикции представляют собой комплекс психических расстройств, который находится на границе малой психиатрии и наркологии. Таксономическая неоднородность данной группы нозологий во многом определяется двойственностью болезненного субстрата: с одной стороны, в основе лежат психопатологические симптомы невротического уровня, с другой – в своём течении они подчинены динамике наркологических синдромов.

В настоящее время описание феномена поведенческих аддикций проводится с нескольких позиций: психологической, социальной, соматической, клинической (психической). При этом частота рассмотрения с разных позиций не равномерна. Большая часть исследований посвящена изучению психологических составляющих поведенческих зависимостей, рассматривая в этих случаях аддикцию как вариант предболезни, возможного дезадаптивного паттерна поведения. Кроме этого, психологами предпринимаются попытки определить факторы вовлечения в данный вид аддиктивного цикла [4].

Гораздо реже встречаются исследования, посвященные клинико-психопатологическому описанию поведенческих зависимостей как сформированного психического расстройства. Большая часть исследований с применением клинико-психопатологического подхода посвящена определению корреляционных связей между известными психическими нарушениями и формирующейся на этом фоне нехимической зависимостью [6, 7, 8].

Для понимания необходимости использования клинико-психопатологического аспекта в изучении группы заболеваний психологических зависимостей, следует остановиться на описании феномена «клинического метода», применяемого в психиатрии в целом.

Использование клинического метода позволяет, отталкиваясь от анализа патологических состояний, достаточно отчётливо представлять индивидуальные и общие показатели в адаптированной психической

деятельности. Клинические подходы к изучению состояний психической дезадаптации различны. Они могут вестись на клинико-психопатологическом, клинико-психологическом, клинико-физиологическом уровнях. Объединение этих направлений исследования может связать в единую систему представления о механизмах, формирующих и поддерживающих состояние психической адаптации, вызывающих его патологическое изменение (сопровождающееся дезадаптированной психической активностью) и приводящих к восстановлению нарушенных возможностей адаптированной деятельности.

Именно комплексный клинический метод может явиться стержнем, позволяющим, не упуская из виду общей сути представления о психической адаптации и дезадаптации, характерной для пограничных состояний, исследовать и учитывать всё многообразие факторов онтогенетического и филогенетического развития человека, всю совокупность воздействий на него окружающей природной и социальной среды. Это способствует выяснению прошлых и настоящих индивидуальных возможностей психической деятельности и обоснованному предсказанию их будущих изменений под влиянием тех или иных патогенных условий.

Клинико-психопатологическая оценка состояния больного может способствовать правильной постановке диагноза и определению наиболее рациональных путей терапевтической тактики только с учетом синтетического использования методов соматического, неврологического, психологического исследования [1].

Клинико-психопатологический метод может, прежде всего, выявить, констатировать и «описательно сфотографировать» имеющиеся психические расстройства, что имеет важнейшее значение для постановки диагноза. Причем в ряде случаев клинико-психопатологического исследования вполне достаточно для постановки диагноза и определения прогноза заболевания. Однако для дифференцированной оценки пограничных психических рас-

стройств во многих случаях этого мало. Для оценки преморбидных особенностей психической деятельности больных и решения принципиального вопроса о том, когда началось заболевание, можно ли считать его проявления заострением, декомпенсацией преморбидных личностных черт или качественно новыми болезненными расстройствами, необходимы не только хорошие анамнестические данные, но и ретроспективный психологический анализ личностных особенностей и их динамики.

При дифференциально-диагностической оценке имеющихся у больного неспецифических феноменологических психопатологических проявлений пограничного уровня важнейшее место занимает их динамическая оценка. Она позволяет выявить эпизодичность, фрагментарность отдельных симптомов или, напротив, их стабильность и тенденцию к усложнению. На этом основании можно делать заключение о характере развития патологического процесса.

Выявленный характер имеющихся у больного психопатологических расстройств, установленная или предполагаемая причинная зависимость и взаимосвязь с личностно-типологическими особенностями, психогенными, соматогенными, экзогенными и эндогенными факторами, анализ динамики развития заболевания – все это позволяет перейти к формулированию диагноза, выделению ведущего и второстепенных симптомокомплексов и определению причинно-следственных этиологически и патогенетически значимых для развития заболевания взаимоотношений. На этой основе можно делать заключения не только об основных характеристиках той или иной нозологической формы, но и о форме, варианте, типе течения, прогрессивности, частных клинических особенностях заболевания.

Методически четкое формулирование диагноза в разных областях медицины предполагает вынесение на первое место основного заболевания и оценку сопутствующих расстройств как второстепенных. С этих позиций, как свидетельствует клиническая практика, вероятно, наиболее методически правильно и рационально с точки зрения обоснования терапевтического плана оценивать и психопатологические феномены во всех указанных случаях. Формулировка диагноза имеет далеко не «академически» отвлеченное, а вполне конкретное значение и для обоснования терапевтических мероприятий, и для решения в ряде случаев серьезных медико-социальных вопросов.

Экстраполируя данные принципы на аддиктологическую сферу, следует отметить важную проблему, появляющуюся в этой связи. Аддиктология как сфера научных, в том числе клинических знаний –

изучает континуум состояний, связанных с уходом от существующей реальности, то есть клиническим языком мы имеем дело как с потенциальными рисками предболезненного состояния, так и с уже оформленным патологическим процессом.

Вопросы раннего обнаружения начальных проявлений пограничных психических расстройств требуют изучения не только строго очерченных клинико-нозологических форм психических расстройств, но и многообразных и лабильных «пограничных среди пограничных» состояний «легкой», или, как еще говорят, «начальной нервности». Изучение этих состояний оказывается наиболее успешным, если оно осуществляется «от большой психиатрии» к вариантам нормы [2].

Нехимические зависимости покрывают весь спектр поведенческих актов человека, все стороны его жизни: секс, любовь, работа, деньги, спорт и т.д. Получается, что любой человеческий поведенческий акт таит в себе угрозу возникновения зависимости к нему. Все многообразие жизни – это богатство потенциальных аддикций. Это высказывание полностью перекликается с идеями В.Д. Менделевича о том, что «спектр зависимостей распространяется от адекватных привязанностей, увлечений, способствующих творческому и душевному самосовершенствованию как признаков нормы до расстройств зависимого поведения, приводящих к психосоциальной дезадаптации». И далее: «В рамках зависимого поведения мы сталкиваемся с закономерностями, которые существуют в сфере общей психопатологии: каждому психопатологическому феномену как отражению нормы (в контексте зависимостей феноменом выступает действие или поведение) противостоит психопатологический симптом (в данном случае – патологический поведенческий паттерн)» (Менделевич В.Д., 2003). Это, в свою очередь, идет из принципов общей патологии, высказанных еще И.В. Давыдовским (1969), согласно которым истоки патологии следует искать в нормальных физиологических процессах [3].

В настоящее время проводится попытка описания поведенческих зависимостей с позиций наркологических парадигм. Так И. Маркс (Marks, 1990) предложил следующие критерии для диагностики поведенческих (нехимических) зависимостей:

- побуждение к контрпродуктивной поведенческой деятельности (тяга);
- нарастающее напряжение, пока деятельность не будет завершена;
- завершение данной деятельности немедленно, но ненадолго снимает напряжение;
- повторная тяга и напряжение через часы, дни или недели (симптомы абстиненции);

- внешние проявления уникальны для данного синдрома аддикции;
- последующее существование определяется внешними и внутренними проявлениями (дисфория, тоска);
- гедонистичекий оттенок на ранних стадиях аддикции.

Данные критерии справедливы в отношении нозологического уровня, то есть для оформленной зависимости от различных видов поведенческой активности. Они во многом перекликаются с критериями состояний, перечисленных в рубрике «F63 – Расстройства привычек и влечений» Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10).

Данные состояния характеризуются повторяющимися поступками без ясной рационализации мотивации, которые, в общем, противоречат интересам самого пациента и других людей. Человек сообщает, что это поведение вызвано влечениями, которые не могут быть контролируемыми. То есть в данном случае подчеркнута сверх ценная природа влечения к повторению данных поведенческих актов. По сути шесть первых критериев И. Маркса отражают лишь психопатологический субстрат влечения.

Этиологический компонент и дезадаптивный механизм формирования поведенческих зависимостей находят свои параллели в другой рубрике МКБ-10 – «F43.2 – Расстройство приспособительных реакций».

Состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезной физической болезни). Стрессовый фактор может поражать интегральность социальной сети больного (потеря близких, переживание разлуки), более широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей (миграция, положение беженца). Стрессор (стресс-фактор) может затрагивать индивидуума или также его микросоциальное окружение. Проявления различны и включают депрессивное настроение, тревогу,

беспокойство (или их смешение); чувство неспособности справиться, планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации; а также некоторую степень снижения продуктивности в ежедневных делах.

В такой фон может идеально вписываться начало любой зависимости – фиксация на аддиктивном агенте, которое обычно сопровождается приятными чувствами (эйфория, психическая релаксация, ощущение «взлета», чувство беззаботности, усиление воображения, чувство свободы).

Согласно E. Freedman (1992), существуют следующие общие признаки зависимого поведения:

- 1) предвосхищение зависимого поведения;
- 2) зависимое поведение продолжается дольше, чем ожидалось;
- 3) необходимость увеличивать продолжительность зависимого поведения, чтобы достичь того же эффекта;
- 4) повторяющиеся попытки сократить либо остановить зависимое поведение;
- 5) социальная или профессиональная активность страдают по причине зависимого поведения;
- 6) зависимое поведение продолжается, несмотря на социальные, профессиональные проблемы или проблемы с законом.

Данные критерии зависимого поведения предназначены больше для скрининга возможного болезненного состояния с позиций сбоя адаптации. При этом в литературе отсутствуют достоверные описания специфического клинического профиля поведенческих аддикций по сферам психической деятельности – эмоционально-волевой, когнитивной.

Таким образом, при рассмотрении теоретических и диагностических подходов к проблеме освещения поведенческих (нехимических) аддикций выявляется дефицит клинических данных. Существующие в настоящий момент классификации нестандартизированы, чаще разрозненны. Для построения реабилитационных программ в общей системе мероприятий по противодействию социальным эпидемиям, необходимо четко обозначить мишени интервенций, формулирование которых обеспечивается клинко-психопатологическим анализом данной группы нозологий.

Список использованной литературы:

1. Александровский Ю.А. *Пограничные психические расстройства / учебное пособие.* – М.: Медицина, 2000.
2. Егоров А.Ю. *Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор).* – Ресурс интернет-сервера narcom.ru
3. Егоров А.Ю. *К вопросу о новых теоретических аспектах аддиктологии.* – Ресурс интернет-сервера narcom.ru

-
-
4. Жарикова Т.П. Психологические особенности ресурсного подхода к психолого-педагогической профилактике факторов риска аддиктивного поведения в подростковом возрасте: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – М., 2011.
 5. Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития / ред.-сост. А.Е. Войскунский. - М.: Акрополь, 2009. – С. 152-164.
 6. Georgios Kormas, Elena Critselis, Mari Janikian I, Dimitrios Kafetzis, Artemis Tsitsika I. Risk factors and psychosocial characteristics of potential problematic and problematic internet use among adolescents: A cross-sectional study // *Kormas et al. BMC Public Health* 2011, 11:595.
 7. Margaret D. Weiss, Susan Baer, Blake A. Allan, Kelly Saran, Heidi Schibuk. The screens culture: impact on ADHD // *ADHD Atten Def Hyp Disord* (2011) 3:327–334.
 8. Taylor Clark, Carina Marquez, C. Bradley Hare, Malcolm D. John, Jeffrey D. Klausner. Methamphetamine Use, Transmission Risk Behavior and Internet Use Among HIV-Infected Patients in Medical Care, San Francisco, 2008 // *AIDS Behav* (2012) 16:396–403.

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

УДК 159.9:61

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В КОМПЬЮТЕРНУЮ ЗАВИСИМОСТЬ У УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ

Е.Б. Байкенов

руководитель патентно-информационного отдела РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (РК)

Информационно-компьютерные технологии, ставшие неотъемлемой частью жизни современного человека, выступают не только в качестве средств передачи, обработки и хранения информации, но и играют культуuroобразующую роль, поскольку на их основе создаётся особая социокультурная среда со своим специфическим содержанием (Мураткина Ю.Н., 2006), и вместе с этим растёт число лиц, потенциально зависимых от компьютера (Спиркина Т.С., 2008).

В настоящее время выделяют пять типов компьютерной зависимости (Короленко Ц.П., 1991; Мельник Э.В., 1998; Yong K.S., 1998; Лоскутова В.А., 2000; Иванов В., 2003):

- навязчивый серфинг (путешествие в сети, поиск информации по базам данных и поисковым сайтам);
- страсть к онлайн-биржевым торгам и азартным играм;
- виртуальные знакомства;
- киберсексе (увлечение порносайтами);
- компьютерные игры.

В качестве основного фактора возникновения компьютерной зависимости подростков рассматриваются психологические особенности пубертатного периода:

- а) высокая сензитивность к любым внешним влияниям;
- б) перестройка ранее сложившихся психологических структур;
- в) изменения в формировании нравственных представлений и социальных установок (Короленко Ц.П., 1991; Фельдштейн Д.И., 2002).

А.Л. Катков (2002) указывает на психологические свойства (здоровье), высокий уровень развития которых препятствует вовлечению в химическую и нехимическую зависимость, а низкий - способствует формированию высоких рисков вовлечения по данному профилю, таким образом, обозначая универсальность феномена психологической устойчивости по отношению ко всем типам

зависимостей - психологических и химических. При этом автор рассматривает психологическое здоровье, как фундаментальную способность человека и общества адекватно усваивать, перерабатывать и генерировать новую информацию, позволяющую гибко, мобильно выстраивать конструктивные жизненные сценарии и успешно реализовывать их в быстро меняющейся, агрессивной среде.

Основными компонентами психологического здоровья являются:

- 1) полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития;
- 2) адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев;
- 3) качество «внутренней» ответственности (внутреннего локуса контроля), тесно связанного с предыдущим пунктом;
- 4) наличие адекватно сформулированного «собственного» конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ;
- 5) наличие достаточных ресурсов для реализации вышеназванных сценариев;
- 6) полноценная информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации жизненных основных сценариев.

Процесс формирования названных свойств (конструктивный или деструктивный), а также его темп, в немалой степени, зависят от характера базисных приобретений индивида в предшествующий период развития (Юсопов О.Г., Аманова Ж.Ш., Мусабеева Ж.К., 2008)

Таким образом, по разделу базисных приобретений выделяются следующие психологические факторы:

- базисное доверие – недоверие;
- автономность – зависимость;
- уверенность – сомнения, вина, стыд;

- инициатива – чувство неполноценности, скованности;
- трудолюбие – избегание нагрузок и сложностей;
- общительности – замкнутости;
- ответственность-безответственность.

На основании концепции психологического здоровья группой авторов была разработан диагностический тест ранней диагностики и профилактики определения степени риска вовлечения в зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) (Катков А.Л., Россинский Ю.А., Пак Т.В., Аманова Ж.Ш., Юсупов О.Г., 2008)

В рамках научно-технической программы Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) проводится исследование, целью которого является выявление рисков вовлечения в игроманию (компьютерную зависимость) среди несовершеннолетних учащихся общеобразовательных школ.

Основными задачами исследования являются:

- 1) изучение распространенности вовлечения в компьютерную зависимость среди несовершеннолетних учащихся общеобразовательных школ;

- 2) изучение уровня психологического здоровья среди несовершеннолетних учащихся общеобразовательных школ;
- 3) выявления взаимосвязи между уровнем психологического здоровья с рисками вовлечения в компьютерную зависимость.

Объектом исследования являлись учащиеся общеобразовательных школ г. Актобе и Костаная в возрасте 14-18 лет из них $42 \pm 6,8\%$ составили учащиеся мужского пола и $58 \pm 6,8\%$ женского. Исследование проводилось на фокус-группе в количестве 205 человек.

Для выявления рисков вовлечения в компьютерную зависимость нами использовался способ скрининговой оценки компьютерной зависимости. Данный способ позволяет определить:

- сформированную компьютерную зависимость;
- стадию риска компьютерной зависимости;
- стадию увлеченности;
- отсутствие риска развития компьютерной зависимости.

На таблице 1 отражены результаты исследования с помощью данного способа.

Таблица 1

Распространённость компьютерной зависимости среди учащихся общеобразовательных школ г. Актобе и г. Костаная (n=205)

Параметры исследования		Среднее значение
Способ скрининговой оценки компьютерной зависимости	Нет риска развития компьютерной зависимости	$27,7\% \pm 6,2\%$
	Стадия увлеченности	$49\% \pm 6,9\%$
	Риск развития компьютерной зависимости	$22,8\% \pm 5,8\%$
	Наличие компьютерной зависимости	$0,5\%$ $0,3 < \rightarrow 3,3\%$

Как видно из данных таблицы 1, среди исследуемой группы наличие компьютерной зависимости отмечается у $0,5\%$ ($0,3 < \rightarrow 3,3\%$) учащихся, у $22,8\% \pm 5,8\%$ учащихся отмечается риск развития компьютерной зависимости, у $49\% \pm 6,9\%$ отмечается стадия увлеченности, и у $27,7\% \pm 6,2\%$ исследуемых лиц нет риска развития компьютерной зависимости.

Как указывалось выше, свойства психологического здоровья являются универсальными и препятствуют вовлечению, как в химическую, так и нехимическую зависимость. В связи с этим для выявления уровня психологического здоровья мы использовали шкалы диагностического теста ранней диагностики и профилактики определения степени рис-

ка вовлечения в зависимость от психоактивных веществ позволяющий оценить уровень развития психологического здоровья. Тест диагностирует высокую степень предрасположенности (от 1 до 3 стенов), среднюю степень, (от 4 до 7 стенов) и низкую степень или отсутствие предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ (8-10 стенов). На рисунке 1 представлены результаты исследования по тесту ранней диагностики и профилактики определения степени риска вовлечения в зависимость от психоактивных веществ (психологического здоровья).

Как видно из данных, приведённых на рисунке 1, основной уровень психологического здоровья ле-

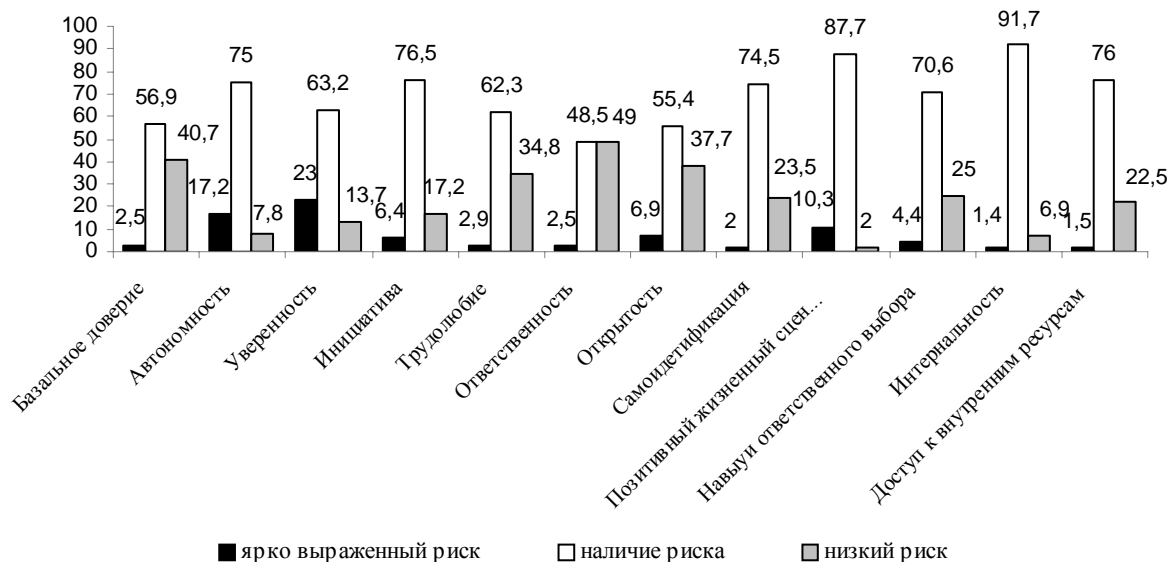


Рисунок 1. Уровень психологического здоровья среди учащихся общеобразовательных школ г. Актобе и г. Костаная (n=205)

жит в зоне наличия рисков (средний уровень). Так среди базовых приобретений основные риски связаны с инициативой ($76,5 \pm 5,8\%$) и автономностью ($75 \pm 5,9\%$), а среди новообразований возраста с интернальностью ($91,7 \pm 3,8\%$) и позитивным жизненным сценарием – $87,7 \pm 4,5\%$.

Для выявления взаимосвязей между свойствами психологического здоровья с риском вовлечения в компьютерную зависимость нами был проведен корреляционный анализ (таблица 2).

Как видно из данных таблицы 2, были выявлены слабые обратные корреляционные связи между рисками компьютерной зависимости и некоторыми шкалами Опросника психологического здоровья.

Это указывает на то, что чем выше развиты указанные свойства, тем меньше риск вовлечения в компьютерную зависимость и, наоборот, чем меньше развиты указанные свойства, тем выше риск развития компьютерной зависимости.

Так риск компьютерной зависимости обратно коррелирует со шкалой «Уверенность» ($r = -0,3$). Фактор уверенности свидетельствует о стабильной, объективно определяемой высокой самооценке, позитивном отношении к событиям и людям, активной жизненной позиции субъекта. Взаимосвязь уверенности и компьютерной зависимости подтверждает ранние исследования личностных особенностей лиц, склонных к компьютерной зависимости

Таблица 2
Данные корреляционного анализа между свойствами психологического здоровья с рисками развития компьютерной зависимости

Психологическое здоровье	Базовые приобретения							Новообразования возраста/психологическое здоровье				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Риск компьютерной зависимости	-0,2	-0,1	-0,3	-0,1	-0,4	-0,3	-0,3	0,1	-0,04	-0,05	0,1	-0,3

1 - Базальное доверие

2 - Автономность

3 - Уверенность

4 - Инициатива

5 - Трудолюбие

6 - Ответственность

7 - Открытость

8 - Самоидентификация

9 - Позитивный жизненный сценарий

10 - Навыки ответственного выбора

11 - Интернальность / Внутренний локус контроля

12 - Внутренние ресурсы

(Спиркина Т.С., 2008), таких как низкая самооценка, робость, напряженность, тревожность.

Обратная корреляционная связь также выявлена по шкале «Трудолюбие» ($r = -0,4$). Конструктивное развитие данного базисного свойства сопровождается постоянным устойчивым интересом к определённым видам развивающей деятельности (учёбе, работе), чувством удовлетворения от достигнутых, в рамках данной деятельности, результатов.

Кроме того, согласно Э. Эриксону (1963), трудолюбие включает в себя чувство межличностной компетентности, что является основой для эффективного участия в социальной жизни. Как известно общение через компьютер (Интернет) не требует личного знакомства, и, как правило, не предполагает его возникновения вне сети, что снимает целый ряд психологических барьеров, позволяет высказываться в соответствии со своими взглядами, даёт неограниченную возможность самовыражения в диалоге. Данные характеристики Интернета являются благоприятными факторами в случае деструктивного развития (некомпетентности).

По шкале «Ответственность» также выявлена обратная связь ($r = -0,3$). Данный фактор при конструктивном его развитии сопровождается естественным чувством ответственности за какое-либо дело или обстоятельства жизни, соответствующим самовосприятием субъекта как надёжного и ответственного человека. Ответственность – средство внутреннего контроля (самоконтроля) и внутренней регуляции (саморегуляции) деятельности личности, которая выполняет должное «по своему усмотрению, сознательно и добровольно». Таким образом, ответственность предполагает наличие определенного уровня саморегуляции, самоконтроля и самооценки (Иванова Т.Ф., 2006). В данном случае следует предположить, что развитие данного свойства является фактором контроля поведения в отношении использования компьютера.

Шкала «Открытость» также обратно коррелирует с компьютерной зависимостью ($r = -0,3$). По конструктивному сценарию данный фактор формируется в контексте коммуникабельной активности субъекта, когда общение с окружающими даётся легко, с чувством удовольствия и деятельностного удовлетворения. Здесь, как и в случае с межличностной компетенцией, следует предположить компенсаторный характер чрезмерного использования компьютера для общения при чувстве некомпетентности в социальных контактах.

Мы также обнаружили обратную взаимосвязь по шкале «Внутренние ресурсы» ($r = -0,3$).

Данное свойство личности является, с одной стороны, интегрирующим и включающим вышеперечисленный перечень функциональных характеристик, поскольку к ресурсам личности следует отнести и факторы полноценного завершения идентификации, конструктивного формирования жизненного сценария, навыков ответственного выбора, качества внутреннего локуса контроля. С другой стороны – внутренние ресурсы включают в себя:

- а) интеллектуальные ресурсы;
- б) дифференцированная сензитивность;
- в) навыки коммуникативности;
- г) навыки ассертивности;
- д) продуктивные копинг-стратегии;
- е) доминирование синергетической стратегии поведения;
- ж) навыки самоорганизации и структурирования (планирования) времени.

Корреляционный анализ позволяет предположить, что ряд свойств психологического здоровья (уверенность, трудолюбие, открытость, ответственность, доступ к внутренним ресурсам) являются защитными факторами в отношении развития компьютерной зависимости и в свою очередь могут выступать в качестве мишеней профилактической работы.

Таким образом, данные, полученные на фокус-группах, позволяют сделать предварительные выводы.

1. Учащиеся общеобразовательных школ в возрасте 14-18 лет характеризуются разными стадиями вовлечения в компьютерную зависимость. У преобладающего большинства исследуемых лиц ($49\% \pm 6,9\%$) отмечается стадия увлечённости; у $22,8\% \pm 5,8\%$ – отмечается риск развития компьютерной зависимости.
2. Уровень психологического здоровья характеризуется наличием рисков (средний уровень). Среди базовых приобретений основные риски связаны с инициативой ($76,5 \pm 5,8\%$) и автономностью ($75 \pm 5,9\%$), а среди новообразований возраста с интернальностью ($91,7 \pm 3,8\%$) и позитивным жизненным сценарием – $87,7 \pm 4,5\%$.
3. Существует взаимосвязь между риском развитием компьютерной зависимости и свойствами психологического здоровья. Риск развития компьютерной зависимости коррелирует с такими свойствами психологического здоровья, как трудолюбие, открытость, ответственность, доступ к внутренним ресурсам.

Полученные данные позволяют сделать только предварительные выводы. Следует отметить, что нами планируется проведение широкомасштабно-

го исследования рисков вовлечения в игроманию (компьютерную зависимость) среди учащихся общеобразовательных школ Республики Казахстан.

Список литературы:

1. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – Павлодар, 2005. – 287 с.
2. Войскунский А.Е., Митина О.В., Аветисова А.А. Общение и «опыт потока» в групповых ролевых Интернет-играх // Психологический журнал. – М.: Наука, 2005. – Т. 26. – № 5. – С. 47-63.
3. Иванова Т.Ф. Изучение и формирование ответственности у младших школьников: дис. – 2006. – 126 с.
4. Мураткина Ю.Н. К проблеме компьютерной зависимости как к форме девиантного поведения подростков // Наука и инновации XXI века: Мат-лы VII Окр. конференции молодых ученых, Сургут 23-26 ноября, 2006 г., в 2 т. – Изд-во СурГУ, 2007. – Т. 2. – С. 183-185.
5. Распространенность и особенности потребления психоактивных веществ среди учащихся городских школ. – Павлодар, 2009.
6. Спиркина Т.С. Личностные особенности пользователей сети Интернет, склонных к Интернет-зависимости // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2008. – № 60. – С. 473-478.
7. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. – СПб.: Питер, 2003. – 608 с.
8. Юрьева Л.Н, Ботьбот Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика: Монография. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 196 с.

УДК 159.9:61

МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ (на примере «трудоголизма»)

Л.А. Бикетова

эксперт по психологии отдела менеджмента научных исследований
РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (РК)

В настоящее время возрастает роль аддиктологии в общей структуре ментальных дисциплин, в том числе клинического профиля. Сфера теоретических знаний и практических наблюдений, пополняясь новым феноменологическим аппаратом, призвана обеспечить решение современных проблем психической сферы – так называемых нехимических социальных аддикций.

Происходит изменение границ определения самого понятия «аддикция».

Аддиктивное поведение определяется как одна из форм деструктивного поведения, которая выражается в стремлении к уходу от реальности путём изменения своего психического состояния посредством приёма некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определённых предметах или активных видах деятельности, что сопровождается развитием интенсивных эмоций. В настоящее время отсутствует единая феноменологическая позиция по отношению к понятию аддикция [2]. Как показали недавние исследования, часть специалистов понимают под аддикцией исключительно физическую зависимость от психоактивных веществ (ПАВ), в то время как молодые специалисты рассматривают аддикцию более широко – как компульсивно-зависимое поведение (compulsive-habitual behavior) (Walters, Gilbert, 2000) [1, 3].

В связи с этим, возрастает роль чёткого определения границ «норма-патология», которая в частности в поведенческих зависимостях стёрта, филигранна.

Согласно В.Д. Менделевичу (2005), аддиктология, рассматриваемая в рамках девиантологии, предполагает изучение предмета сразу по нескольким аспектам, так называемым «подходам к норме» [5, 6]:

- социальный;
- психологический;
- психиатрический;
- этнокультуральный;
- возрастной;

- гендерный;
- профессиональный;
- феноменологический.

Экстраполяция таких методологических выкладок может быть полезна в при рассмотрении такой частной формы аддикции, как работоголизм/трудоголизм.

Как показывают многочисленные зарубежные и единичные отечественные исследования, в основе всех вариантов зависимости лежат единые механизмы. Так Р. Браун (R. Brown, 1993) выделил шесть компонентов, универсальных для всех вариантов аддикции:

- 1) особенность; «сверхценность»;
- 2) эйфория;
- 3) рост толерантности;
- 4) симптомы отмены;
- 5) конфликт с окружающими и самим собой;
- 6) рецидив.

Для аддиктивного поведения характерен уход от реальности в виде своеобразного «бегства», сосредоточенности на узконаправленной сфере деятельности при игнорировании остальных. Н. Пезешкиан выделил 4 вида «бегства» от реальности: «бегство в тело», «бегство в работу», «бегство в контакты или одиночество» и «бегство в фантазии» (цит. по: Менделевич, 2001). Т.В. Чернобровкина и И.В. Аркавий (1992) также предполагают сходство (если не идентичность) механизмов формирования многих видов пристрастного поведения, в том числе и навязчивостей, навязчивых мотиваций, биологическую модель которых авторы связывают с гиперчувствительностью и разбалансировкой нейромедиаторных систем, регламентирующих поведенческие, в том числе и ритуальные мотивации.

В настоящее время с ростом глобализации, появлением новых технологий и размытыми границами между рабочей и частной жизнью количество трудоголиков, к сожалению, возрастает (Dr. Cecilie Schou Andreassen, Faculty of Psychology, University of Bergen).

По результатам ранее проведённых исследований была выявлена связь между трудоголизмом и бессонницей, проблемами со здоровьем, синдромом профессионального и эмоционального сгорания и стрессом, а также возникающими конфликтами между рабочей и семейной жизнью.

Работоголизм (трудоголизм) – чрезмерная увлечённость индивида своей трудовой, производственной деятельностью, когда он всецело отдаётся ей, пренебрегая другими сторонами своей жизни.

Термин «работоголизм» был предложен в начале 70-х годов XX века Оутсом – священником и профессором психологии религии. Ещё первые работы, посвящённые работоголизму, выявили его сходство с другими видами химической зависимости (Mentzel, 1979). Как и всякая аддикция, работоголизм является бегством от реальности посредством изменения своего психического состояния, которое в данном случае достигается фиксацией на работе. Причём работа не представляет собой того, что она выполняет в обычных условиях: работоголик не стремится к работе в связи с экономической необходимостью, работа не является и одной из составных частей его жизни – она заменяет собой привязанность, любовь, развлечения, другие виды активности (Короленко Ц.П., 1993) [3, 4].

Одной из важных особенностей работоголизма является компульсивное стремление к постоянному успеху и одобрению со стороны окружающих. Аддикт испытывает страх потерпеть неудачу, «потерять лицо», быть обвинённым в некомпетентности, лени, оказаться хуже других в глазах начальства. С этим связано доминирование в психологическом состоянии чувства тревоги, которое не покидает работоголика ни во время работы, ни в минуты непродолжительного отдыха, который не бывает полноценным из-за постоянной фиксации мыслей на работе. Работоголик настолько фиксирован на работе, что постоянно отчуждается от семьи, друзей, всё более замыкаясь в системе собственных переживаний.

Г. Портер (Porter, 1996) выделяет такие свойства работоголика, характерные для любого аддикта, как:

- а) ригидное мышление,
- б) уход от действительности,
- в) прогрессирующая вовлечённость,
- г) отсутствие критики.

Сегодня специалисты выделяют несколько типов зависимости от работы.

1. *«Трудоголик для других»* – это тот человек, который много работает и очень доволен этим, этот тип наиболее выгоден для компаний. Этот тип быстрее всего поддаётся лечению.

2. *«Успешный трудоголик»* – это тот человек, который, благодаря своей работе, добивается больших профессиональных или карьерных успехов, в данной ситуации человек начинает трудиться ещё усерднее и, как правило, вскоре «сгорает».
3. *«Трудоголик – неудачник»* – это тот человек, который рьяно занимается бесполезной деятельностью, которая никому не нужна.
4. *«Скрытый трудоголик»* – это тот человек, который на людях сетует, как он не любит работать, а на самом деле все свои силы и любовь отдаёт работе.

Анализируя трудоголизм в рамках *нозологического (психиатрического)* подхода, можно констатировать, что данное расстройство имеет свою динамику. Так, развитие процесса сочетается с прогрессирующим нарастанием эмоциональной опустошенности, нарушается способность к эмпатии. Межличностные отношения затрудняются, воспринимаются как тягостные, требующие большой энергетической затраты. Работоголик уже на подсознательном уровне стремится избегать ситуаций, в которых требуется активное участие, уклоняется от обсуждения важных семейных проблем, не участвует в воспитании детей, которые не получают от него обратного эмоционального тепла. Он предпочитает общаться с неодушевлёнными предметами (реже с животными), чем с людьми, так как это не требует решения насущных межличностных проблем [5].

Вместе с тем аддикт убеждает себя и окружающих в том, что он работает ради денег или другой абстрактной цели. Такая защита принимается обществом. Человек не понимает, что такой способ «траты» себя является тупиковым, не реализует потенциальные возможности. Вне работы (болезнь, увольнение и т. д.) работогольная аддикция легко сменяется другой, чаще химической аддикцией.

В рамках *социального* подхода феномен трудоголизма представляет собой «позитивное» явление с формально одобряемыми внешними паттернами поведения. Однако работоголизм связан с аддиктивными свойствами организаций, в которых работают работоголики. Такая организация представляет собой закрытую систему, ограничивающую способность к самостоятельному мышлению и восприятию многих явлений, выходящих за рамки концепции этой системы. Чаще всего это выражается сверхценным отношением к количественным показателям работы, в бесконечных выполнениях и перевыполнениях плана, «встречных планах», в фиксации внимания на формальной стороне работы – разного вида отчётов, рапортов, показателей, иными сло-

вами, стремлением произвести благоприятное внешнее впечатление. Аддиктивной системе присущи признаки отдельного человека-аддикта (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000). Так, в настоящее время стремление к унифицированию показателей работы в виде её индикации также может способствовать формированию аддиктогенной среды.

Развитию рабочегоголизма способствует также система мелочного контроля, постоянных проверок эффективности, качества труда. Такого рода подходы основаны на недоверии к человеку, неуважении его личности и способствуют формированию рабочегогольного мышления со сниженными возможностями истинной самореализации.

С вышеприведёнными тезисами перекликается *этнокультуральный* подход [6]. В его рамках рабочийголизм рассматривается как ожидаемое явление для современной культуры, в том числе на территории постсоветского пространства. Это обусловлено рядом факторов:

- резкое, скачкообразное изменение отношений к процессу труда, с отсутствием традиций к дифференцированной оценке труда;
- стирание границ корпоративной этики;
- примат отношений вертикали власти;
- игнорирование важности горизонтальных отношений в коллективе;
- нацеленность работников на получение материальных ценностей при недостаточной оплате труда;
- интенсификация производства.

Список использованной литературы:

1. Гилинский Я.И., Афанасьев В.С. *Социология девиантного поведения*. – СПб., 1993.
2. Егоров А.Ю. *К вопросу о новых теоретических аспектах аддиктологии // Наркология и аддиктология. Сб. науч. тр. / Под. ред. В.Д. Менделевича*. – Казань: Школа, 2004. – С. 80-88.
3. Короленко Ц.П. *Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. – 1991. – № 1. – С. 8-15.
4. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. *Социодинамическая психиатрия*. – М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 460 с.
5. Менделевич В.Д. *Психология девиантного поведения / Учебное пособие для ВУЗов*. – СПб.: Речь, 2005. – 444 с.
6. Менделевич В.Д., Соловьёва С.Л. *Неврология и психосоматическая медицина*. – М.: МЕДпресс-информ, 2002.

Кроме того, прослеживается прямая корреляция между рабочегоголизмом и макроэкономическими показателями экономики страны.

По своей патогенетической сущности рабочийголизм относится к аддикциям, которые направлены на попытку ухода от реальности. Таким образом, в его поведенческих паттернах можно ожидать относительно низкую социальную деструктивность при одновременно осязательном индивидуальном дезадаптационном потенциале. Данный тезис соответствует *феноменологическому подходу* в рассмотрении трудовой аддикции, который позволяет определить не только донозологические формы отклонения, но и определить психологические составляющие явления и его мотивационную сторону.

Таким образом, на примере рассмотрения феномена «рабочегоголизма» можно констатировать:

- 1) в настоящее время в аддиктологии происходит накопление теоретического и практического материала относительно различных сторон поведенческих (нехимических) зависимостей;
- 2) поведенческие зависимости не могут быть проанализированы лишь с клинических позиций;
- 3) определение патогенетических звеньев социальных аддикций выходит за рамки нозологического подхода;
- 4) выстраивание превентивных и коррекционных мероприятий требует целостной мультидисциплинарной оценки таких состояний.

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГИПЕРАКТИВНОГО СИНДРОМА (литературный обзор)

Т.А. Кусаинова

врач-педиатр «Екибастузкого диагностико-лечебного центра»,
г. Екибастуз (Павлодарская обл., РК)

В практике специалиста, работающего с детьми и подростками, встречаются так называемые специфические синдромы, которые отражают особенности возрастной динамики, а также тип реагирования той или иной функциональной системы. Очень часто клиницисту приходится сталкиваться с нозологической незавершенностью таких образований. В связи с этим важно учитывать общие закономерности синдромокинеза, дающего начало целостной нозологической картине.

Такие синдромы свойственны определенным возрастным этапам, а их последовательное течение соответствует этапности психического развития ребенка [2].

Структура данных синдромов объединяет в себе:

- синдром невропатии;
- синдром раннего детского аутизма;
- гипердинамический синдром;
- синдром уходов и бродяжничества;
- синдром страхов;
- синдром дисморфобии;
- нервная или психическая анорексия
- гебоидный синдром;
- синдром патологического фантазирования.

Одним из наименее специфических синдромов в психиатрической практике из вышеприведенного перечня является гипердинамический синдром. Его рассмотрение особенно актуально в виду следующих факторов:

- а) размытость диагностических границ;
- б) пограничное таксономическое расположение; в том числе в комплексе с неврологической симптоматикой;
- в) корреляция с повышенным числом психических расстройств с психическими расстройствами взрослого возраста;
- г) уровень распространенности среди общей популяции.

В литературе гипердинамический синдром обозначается также как гипермоторный, гиперкинетический, синдром гиперкинетического поведения, синдром гиперактивности, синдром двигательной расторможенности [3].

Родители могут использовать «гиперактивность» для обозначения широкого спектра поведения, включающего частое ночное пробуждение, непослуша-

ние, избыточность и экстраверсию. Детские психиатры используют «гиперактивность» в более узком смысле, определяя её по наличию беспокойности и невнимательности (а иногда и импульсивности). В общей популяции внимание и активность представляют континуум. «Гиперактивность» иногда используют как размерность, имея в виду весь континуум, а иногда – как категорию, имея в виду индивидуумов с крайними значениями, служащими основанием для диагноза. Но даже при использовании «гиперактивности» в качестве диагностической категории, различные диагностические схемы в совершенно разных местах проводят границу, разделяющую нормальность и гиперактивность.

Распространенность гиперкинеза по Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) – около 1-3%. Соотношение мужского и женского пола составляет примерно 3:1. Гиперкинез чаще встречается у младших детей, наблюдается в старой части городов, в очень бедных сельских районах, в семьях с низким социально-экономическим статусом и среди детей, выросших в социальных учреждениях. Синдром встречается в возрастном периоде от 1,5 до 15 лет, наиболее интенсивно проявляется в конце дошкольного и начале школьного возраста.

Исследования семей, приёмных детей и близнецов позволяют полагать, что существенный вклад в развитие данного синдрома вносят генетические факторы. Накапливаются данные о том, что риск гиперактивности изменяется в зависимости от полиморфизма некоторых генов, имеющих отношение к дофаминергической и норадренергической трансмиссивной системам. Эти идентифицированные гены отвечают только за небольшую часть наследуемости гиперактивности [6].

Предполагается, что в основе патогенеза синдрома лежат нарушения активирующей системы ретикулярной формации, которая способствует координации обучения и памяти, обработке поступающей информации и спонтанному поддержанию внимания. Нарушения активирующей функции ретикулярной формации, по всей видимости, связаны с недостаточностью в ней норадреналина. Невозможность адекватной обработки информации приводит к тому, что различные зрительные, звуковые,

эмоциональные стимулы становятся для ребенка избыточными, вызывая беспокойство, раздражение и агрессивность. Нарушения в функционировании ретикулярной формации определяют вторичные нарушения нейромедиаторного обмена головного мозга [1].

Несмотря на то, что дети с эпилепсией или другими мозговыми нарушениями особенно подвержены гиперактивности (и другим психиатрическим проблемам), у большинства детей с гиперактивностью нет неврологических симптомов или признаков. В нейровизионных и нейропсихологических исследованиях накапливаются свидетельства, подтверждающие представление о том, что гиперактивность является следствием нарушения исполнительного функционирования, связанного со структурными и функциональными аномалиями префронтальной коры и базальных ганглиев. При спектральной томографии головного мозга у 65% детей с синдромом гиперактивности обнаружено снижение кровотока в префронтальной коре головного мозга при интеллектуальных нагрузках, тогда как в контрольной группе – лишь у 5% (Amen D.G., Carmichael B.D., 1997).

Помимо биологических факторов, на гиперактивность воздействуют и психосоциальные факторы – об этом свидетельствует связь гиперактивности с депривацией и воспитанием в учреждениях. На прогноз может повлиять реакция родителей и учителей на гиперактивность ребенка. Накапливаются свидетельства, что родители и учителя, отвечающие на гиперактивность критикой, охлаждением и недостаточным участием тем самым увеличивают возможность того, что ребёнок станет вызывающим, агрессивным и антисоциальным [5].

Гипердинамический синдром мало специфичен в нозологическом отношении. Наиболее часто он встречается при отдалённых последствиях ранних органических поражениях головного мозга. В этих случаях гиперактивность вторична и входит в состав более сложного психоорганического синдрома и сочетается с нарушениями интеллектуальных функций, церебраленическими, психопатоподобными нарушениями, расстройствами речи, высших корковых функций, рассеянной неврологической симптоматикой.

Гипердинамический синдром может иметь симптоматический характер и при эпилепсии, сочетаясь с патологическими чертами личности, дисфорическими аффективными расстройствами, различными пароксизмами.

Первые проявления гипердинамического синдрома в виде общего моторного беспокойства встречаются в раннем и дошкольном возрасте, однако

полной выраженности симптоматика достигает к концу дошкольного возраста (6-7 лет). В возрасте старше 9-10 лет проявления синдрома (двигательная расторможенность) постепенно сглаживаются, исчезая в возрасте старше 14-15 лет [4].

Основными проявлениями синдрома являются общее двигательное беспокойство, неусидчивость, обилие лишних движений, недостаточная целенаправленность, импульсивность, нарушение концентрации активного внимания. Наряду с этим у многих детей наблюдается негативизм, агрессивность, раздражительность, взрывчатость, склонность к колебаниям настроения. Постоянным признаком является нарушение школьной адаптации с трудностями в усвоении навыков письма и нарушениями пространственного синтеза.

Гиперактивные дети крутятся и вертятся на своём месте, теребят вещи или одежду, многократно встают и блуждают вокруг, когда им следует сидеть, им трудно упорствовать в любом задании, они часто меняют занятия и легко отвлекаются. Наиболее явная аномалия – не в количестве активности, а в её контроле. На игровой площадке гиперактивный ребёнок может быть не более активным, чем кто-либо другой. Выделяется неспособность ребёнка сдерживать активность, когда необходимо утихомириться, например, в классе или за обеденным столом. Гиперактивные дети к тому же обычно бывают импульсивны: действуют без должного размышления, совершают опрометчивые, а иногда и опасные поступки, в классе выпаливают ответы, перебивают взрослых и детей и не дожидаются своей очереди в играх. Импульсивность также является частым признаком поведенческих расстройств, поэтому, когда пытаются отличить гиперактивность от поведенческих расстройств, она не так полезна, как чрезмерная активность и невнимательность.

Устойчивость в различных ситуациях – ключевое требование в определениях гиперактивного синдрома согласно МКБ-10. Для диагноза гиперкинеза недостаточно тяжёлой гиперактивности только в одной обстановке. Гиперактивность должна проявляться и дома, и в школе. Важно отметить, что, несмотря на это, устойчивая гиперактивность может не проявиться во время короткого посещения врача.

Кроме того важными критериями являются хроническое течение (симптомы, по меньшей мере, 6 месяцев) и раннее начало (к семилетнему возрасту или раньше). И хотя гиперактивность обычно восходит к дошкольному возрасту, направление к врачу обычно задерживается до начальной школы. Именно в этот период невнимательность ребёнка, проблемы с обучением и деструктивность начинают причинять всё больше и больше неприятностей.

Исходя из перечисленных клинических признаков данного синдрома, очень важными являются практические рекомендации по оценке разных проявлений гиперактивности.

Внимание в первую очередь оценивают по тому, как долго ребёнок настойчиво продолжает заниматься различными вещами, включая игру в одиночестве, чтение, рисование и игру с другом. О некоторых детях сообщают, что они довольно долго настойчивы, когда играют в одиночестве или с другими, но при более тщательном расспросе оказывается, что интервал внимания у них краткий и они часто переключаются с одной игровой активности на другую. Поскольку почти все дети, за исключением самых гиперактивных, способны длительное время смотреть телевизор или играть в компьютерные игры, то это не является дискриминирующим показателем внимания.

Ребёнок имеет *дефицит внимания*, если он:

- не обращает внимания на детали и допускает ошибки в работе;
- с трудом поддерживает внимание в работе и игре;
- не слушает то, что ему говорят;
- не в состоянии следовать инструкциям;
- не может организовать игру или деятельность;
- имеет сложности в выполнении заданий, требующих длительной концентрации внимания;
- часто теряет вещи;
- часто и легко отвлекается;
- бывает забывчив.

Двигательную активность оценивают по тому, как долго ребёнок может оставаться сидящим во время вышеуказанных занятий; какую долю времени он ёрзает и как часто убегает во время семейных прогулок или в магазине.

Для диагностики гиперактивности необходимо наличие, по крайней мере, пяти из перечисленных ниже симптомов. Ребёнок *гиперактивен*, если он:

- а) совершает суетливые движения руками и ногами;
- б) часто вскакивает со своего места;
- в) гиперподвижен в неприемлемых ситуациях;
- г) не может играть в «тихие» игры;
- д) всегда находится в движении;
- е) слишком много говорит.

Гиперактивные дети часто социально расторможены с взрослыми людьми, слишком фамильярны и нахальны. Их обычно отвергают сверстники, отчасти в ответ на деструктивность гиперактивных детей и импульсивное пренебрежение правилами и очередностью. Гиперактивных детей легко склонить и спровоцировать на всевозможное озорство. Такие дети с трудом адаптируются в коллективе, их отчёт-

ливое стремление к лидерству не имеет под собой фактического подкрепления. Ребёнок также не способен предвидеть последствия своего поведения, не признаёт авторитетов, что может приводить к антиобщественным поступкам. Особенно часто асоциальное поведение наблюдается в подростковом периоде, когда у детей с синдромом дефицита внимания / гиперактивности возрастает риск формирования стойких нарушений поведения и агрессивности. Подростки с данной патологией чаще склонны к раннему началу курения и приёму наркотических препаратов, у них чаще наблюдаются черепно-мозговые травмы. Родители ребёнка, страдающего синдромом дефицита внимания, иногда сами отличаются резкими сменами настроения и импульсивностью. Вспышки ярости, агрессивные действия и упрямое нежелание ребёнка вести себя в соответствии с родительскими правилами могут приводить к неконтролируемой реакции со стороны родителей и к физическому насилию.

Ребёнок импульсивен (то есть не способен остановиться и подумать, прежде чем заговорить или совершить действие), если он:

- 1) отвечает на вопрос, не выслушав его;
- 2) не может дождаться своей очереди;
- 3) вмешивается в разговоры и игры других.

При неврологическом осмотре ребёнка с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью или без неё очаговая неврологическая симптоматика, как правило, отсутствует. Могут отмечаться недостаточность тонкой моторики, нарушения реципрокной координации движений и умеренная атаксия. Чаще, чем в общей детской популяции, наблюдаются речевые нарушения (Purvis K.L., Tannock R., 1997).

Дифференциальный диагноз синдрома гиперактивности необходимо проводить со специфическими нарушениями обучения (дискалькулия, дислексия), астеническими синдромами на фоне интеркуррентных заболеваний, заболеваниями щитовидной железы, олигофренией лёгкой степени и шизофренией. Дифференциальный диагноз нередко, бывает, затруднителен, так как синдром дефицита внимания может сочетаться с рядом других заболеваний и состояний, наиболее часто - с психиатрической патологией (депрессиями, паническими атаками, навязчивыми мыслями и т.д.) (Pliska S.R., 1998).

Прогноз относительно благоприятен, так как у значительной части детей симптомы исчезают в подростковом возрасте. Постепенно по мере роста ребёнка нарушения в нейромедиаторной системе мозга компенсируются, и часть симптомов регрессирует. Однако в 30-70% случаев клинические проявления гиперактивности (чрезмерная импульсивность,

вспыльчивость, рассеянность, забывчивость, непоседливость, нетерпеливость, непредсказуемые, быстрые и частые смены настроения) могут наблюдаться и у взрослых. Факторами неблагоприятного прогноза синдрома являются его сочетание с психическими заболеваниями, наличие психопатологии у матери, а также симптомы импульсивности у самого больного (Biederman J., Mick E., Faraone S.V., 1998).

У людей, страдавших в детстве тяжёлыми формами синдрома нарушения внимания с гиперактив-

ностью, в подростковом и зрелом возрасте высок риск социальной дезадаптации. Как отмечено выше, синдром нарушения внимания с гиперактивностью (обычно в сочетании с поведенческими расстройствами) может быть предвестником целого ряда нарушений личности, прежде всего асоциальной психопатии. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью способствует развитию алкоголизма и наркомании, которые затушевывают симптоматику и затрудняют диагностику.

Список использованной литературы:

1. Белоусова Е.Д., Никанорова М.Ю. Синдром дефицита внимания/гиперактивности // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. – 2000. – № 3. – С. 39-42.
2. Ковалев В.В. *Психиатрия детского возраста*. – М., 1979.
3. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. *Психиатрия*. – М., 1995.
4. Роберт Гудман, Стивен Скотт *Детская психиатрия* – М.: Триада-Х, 2008.
5. Сухарев Г.Е. *Лекции по психиатрии детского возраста*. – М., 1974.
6. Ушаков Г.К. *Детская психиатрия*. – М.: Медицина, 1972.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

СЕКТОРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Н.В. Мартемьянов

судебный эксперт-психиатр, и.о. председателя судебно-психиатрической экспертной комиссии (СПЭК) ГККП «Медицинский центр проблем психического здоровья», г. Астана (РК)

В течение последнего десятилетия химические зависимости перестали быть предметом изучения единичных научно-прикладных дисциплин во главе с наркологией. Примат клинической мысли постепенно уступает место интегрированному биопсихосоциальному подходу. Современные условия всё чаще диктуют необходимость проведения параллелей между объектами наркологической мысли и микро и макросоциальными факторами, экономической ситуацией, правовыми реалиями. Наркология расширила свои функции, отныне призвана давать ответы на ряд гуманитарных вопросов, а также определять направления на пути создания барьера безопасности и противодействия распространению наркотиков.

В сфере данных тезисов определяется множество конкретных, так называемых межсекторальных проблем [6].

Одна из главных черт современной наркоситуации заключается в появлении на наркотическом рынке новых психоактивных веществ (ПАВ) наркотического характера. Эта особенность существенным

образом затрудняет проведение мониторинга, не позволяет получить истинную картину распространения немедицинского употребления ПАВ, тем самым затрудняет своевременное принятие эффективных управленческих решений.

Особенно остро этот вопрос назрел в сфере судебной наркологии. Это обусловлено высокой степенью её прикладного практического значения, и особенностью целей и задач.

Многочисленные исследования показывают, что развитие различных форм зависимости от ПАВ сопровождается учащением привлечения потребителей к уголовной ответственности, при этом структура преступности среди них нередко зависит от вида ПАВ, в отношении которого формируется зависимость [2].

Судебная наркология – это отрасль медицинской науки, относящаяся к прикладным областям знания. При проведении судебно-наркологической экспертизы роль специалиста не ограничивается вопросами нозологической диагностики и определения степени выраженности основного заболевания.

В рамках экспертизы нарколог даёт синдромально-нозологическую характеристику имеющейся патологии, структурно-динамический анализ личности обследуемого лица.

Задачи судебной наркологии:

- изучать причины, механизмы возникновения, развития и течения наркологических расстройств, их влияние на поведение, в том числе отклоняющееся;
- изучать и использовать современные методы обследования и диагностики наркологических расстройств;
- изучать современные методы лечения, лекарственные препараты и их влияние на волеизъявление и умственные способности зависимого человека;
- изучать возможность предупреждения социально опасных проявлений различных наркологических расстройств;
- изучать и знать законодательные акты и инструкции, необходимые для работы.

Основные направления судебной наркологии:

- а) судебно-наркологическая экспертиза в уголовном, гражданском, административном процессах, где эксперты должны ответить на вопросы, поставленные перед ними, в пределах их компетенции;
- б) обоснование проведения или прекращения принудительных мер медицинского характера;
- в) пенитенциарная наркология – оказание наркологической помощи осужденным в местах лишения свободы [3].

Согласно статистическим данным определяются следующие динамические показатели основных направлений судебной наркологии в Республике Казахстан в пересчёте на 100 тысяч населения:

- 1) число экспертиз для направления на принудительное лечение в 2010 г. – 40,8, в 2011 г. – 41,8;
- 2) число экспертиз подследственных и подсудимых (уголовное делопроизводство) в 2010 г. – 107,0, в 2011 г. – 77,3;
- 3) число экспертиз по гражданским делам в 2010 г. – 0,8, в 2011 г. – 0,7.

Диагноз психических и поведенческих расстройств согласно приказу, регламентирующему проведение судебно-наркологической экспертизы, ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами. Такими стандартами следует считать критерии, включённые в Международную классификацию болезней. С 1998 г. в Республике Казахстан действует Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), в которой имеется специальный раздел «Психические

расстройства и расстройства поведения», адаптированный с учётом традиций отечественной психиатрии. В класс V (F) «Психические расстройства и расстройства поведения» МКБ-10 включён раздел F1 «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ», которые охватывает все формы наркологической патологии от не осложнённой острой интоксикации и злоупотребления ПАВ без явлений зависимости до тяжёлой зависимости, психотических нарушений и деменции. Отмеченное обстоятельство даёт основание отнести наркологические заболевания к психическим расстройствам [4].

В основе наркологической патологии лежит нарушение психической деятельности – неспособность больного произвольно регулировать своё поведение адекватно объективным требованиям окружающей обстановки.

С.Н. Шишков справедливо полагает, что необходимость и целесообразность закрепления в законе особенностей оказания медицинской помощи обусловлены наличием юридически значимых особенностей у этого заболевания или группы заболеваний. Спецификой психических расстройств С.Н. Шишков считает вызываемое указанными заболеваниями нарушение способности больного «адекватно воспринимать окружающее и осознанно руководить своими поступками». Ещё одной юридически значимой особенностью всех психических расстройств, включая наркологическую патологию, является отнесение их к социально значимым заболеваниям [7].

Судебно-наркологическая оценка лиц, злоупотребляющих ПАВ, основывается на общих клинических принципах и экспертных подходах и включает в себя сопоставление особенностей психического состояния подэкспертных с медицинским и юридическим критерием невменяемости. Экспертное заключение в этих случаях определяется степенью выраженности клинических составляющих наркологического заболевания и особенностями его течения [1].

Экспертные вопросы в отношении лиц с синдромом зависимости от ПАВ рассматриваются в плане определения глубины и динамики эмоционально-волевых и интеллектуально-мнестических изменений, отражающихся в поведении этих лиц, а также в характере совершаемых ими противоправных действий. С юридической точки зрения большое значение при решении вопроса о вменяемости имеет способность субъекта строить логически обоснованный и адекватно-мотивационный замысел, так как наличие его представляет один из атрибутов, как гражданского акта, так и преступления.

У лиц с синдромом зависимости от ПАВ наиболее частыми являются аффективные, психопатоподобные и неврозоподобные нарушения, специфические личностные изменения, психоорганическое снижение и нарушения в сфере побуждений. Эти критерии не соответствуют критериям исключения вменяемости, однако обуславливают снижение способности этими лицами в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность совершаемых ими действий и руководить ими. Не менее важную роль в этом играет и часто наблюдающаяся у наркологических больных парциальная интеллектуальная слабость в отношении вопросов, связанных с наркотизацией, при сохранности общего интеллектуального уровня.

При вынесении экспертного заключения в таких случаях должен применяться системный подход с изучением всех факторов клинико-социального континуума, включающего предшествующий и последующий за совершением преступления период: личностные (в том числе преморбидные) особенности, наркологический анамнез, общее психическое состояние, особенности аффективно-волевой сферы в плане возможности или невозможности сопротивляться приему ПАВ, наличие факторов, искажающих привычную форму опьянения (психогения, соматическое заболевание, черепно-мозговая травма (ЧМТ), непривычное наркотическое вещество и так далее), характер правонарушения и его связь с состоянием опьянения, соотношение компульсивного патологического влечения к ПАВ с состоянием опьянения. При этом следует учитывать, что актуализация патологического влечения к ПАВ не коррелирует с состоянием наркотического опьянения, следовательно, правовые подходы к этим состояниям должны быть различными. Не менее важным является учёт механизмов развития патологического влечения, его первичный или вторичный характер.

В рамках судебно-наркологической экспертизы перед специалистом ставится два вида задач:

- определить степень вменяемости лица;
- выявить необходимость проведения принудительного лечения.

Для реализации этих позиций от эксперта требуются всеобъемлющие системные знания, как об этиологическом агенте химической зависимости, так и о специфических механизмах и паттернах течения заболевания.

Однако в настоящее время специалисты судебно-наркологического профиля сталкиваются со следующей проблемой.

На фоне феноменологической неоднородности психиатрической и наркологической составля-

ющих химических зависимостей особенные черты приобретает расширение конъюнктуры наркотического рынка.

На протяжении последних лет судебными наркологами стали проводиться экспертизы, в том числе по уголовным делам, связанным с незаконным оборотом новых групп ПАВ (с психостимулирующим и частично галлюциногенным эффектом) [5].

В настоящее время существуют сложности в определении новых веществ при токсико-химическом исследовании вследствие низкой концентрации в биологических пробах употребившего их человека. Объяснение кроется в отсутствии дорогостоящего высокочувствительного лабораторного оборудования и современных стандартов исследований. Выявление потребителей новых ПАВ основано лишь на внешних признаках опьянения и анамнестических сведениях. Большая масса потребителей новых ПАВ попадает в поле зрения наркологов при проведении судебно-наркологических экспертиз по уголовным делам, связанным с незаконным оборотом наркотиков.

Утверждение перечня наркотических и психотропных веществ – проблема в большей мере не медицинская, а законодательная.

В практике судебно-наркологической экспертизы все лица, подлежащие экспертизе по возбужденным уголовным делам, задерживаются как с наркотическими «курительными смесями» или «солями», так и официальными лекарственными препаратами типа «Тропикамид», «Нафазолин». Наибольшую сложность при постановке диагноза: Токсикомания и Наркомания представляет выявление симптомокомплекса синдрома зависимости. В своей практике судебными наркологами разработан алгоритм действий: лицу, подлежащему экспертизе, задаётся ряд вопросов, при получении утвердительных ответов на которые (указанное в постановлении ПАВ употреблял ранее; успел употребить в день задержания; ранее покупал это вещество; знает о вызываемом эффекте и отличает от эффекта других веществ подобного типа), устанавливается диагноз: Наркомания. Во всех остальных случаях – Токсикомания. Врачам-наркологам в случаях выявления у пациента синдрома зависимости вследствие употребления новых ПАВ необходимо с особой осторожностью подходить к установлению диагноза: Наркомания – Токсикомания. В судебных заседаниях очень сложно доказать факт употребления пациентом именно наркотического средства со всеми вытекающими для него и врача последствиями, что подтверждает опыт участия экспертов в судебных разбирательствах.

Таким образом, при рассмотрении вопроса о предмете и сущности судебно-наркологической экспертизы, следует отметить необходимость акцентирования внимания на узловых секторальных проблемах, касающихся размытости нормативно-правовой базы, неоднородности предмета прикладной

деятельности, разноплановости феноменологического аппарата.

Практическая деятельность судебного нарколога требует системного подхода, возможности гибкого применения комплексных методик в выше обозначенных рамках.

Список использованной литературы:

1. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в состояниях острой интоксикации (опьянения) психоактивными веществами // Наркология. – 2003. – № 3. – С. 12-17.
2. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в состояниях, вызываемых зависимостью от психоактивных веществ // Наркология. – 2003. – № 4. – С. 31-36.
3. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Судебно-наркологическая экспертиза в уголовном процессе (назначение наркологическим больным принудительного лечения) // Наркология. – 2003. – № 8. – С. 30-34.
4. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Судебно-психиатрическая и судебно-наркологическая экспертиза лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами в гражданском процессе // Наркология. – 2003. – № 9. – С. 10-14.
5. Соснина В.С., Букин В.Н., Калинин А.В., Тихонова И.Л., Летягина В.В. Диагностика потребителей новых групп психоактивных веществ в практике работы отделения наркологических экспертиз // Медицина и образование в Сибири. – 2012. – № 2.
6. Спасенников Б.А. Судебная психология и судебная психиатрия. Общая часть / Учебное пособие для вузов. – Архангельск, 2002. – 288 с.
7. Шишков С.Н. Невменяемость. – М.: Медицина, 2010.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ
В СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ НА ПРИМЕРЕ ФЕНОМЕНА «СИМУЛЯЦИИ»
(литературный обзор)**

Н.В. Мартемьянов	судебный эксперт-психиатр, и.о. председателя судебно-психиатрической экспертной комиссии ГККП «Медицинский центр проблем психического здоровья», г. Астана (РК)
С.Б. Бисеналиев	судебный эксперт психиатр ГККП «Медицинский центр проблем психического здоровья», г. Астана (РК)
Д.Е. Аяганова	врач-психотерапевт РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар

Одним из ключевых вопросов, определяющих клинические механизмы функционирования любой медицинской субспециальности, является область построения дифференциального диагноза. Особенно важным это представляется в отношении судебной психиатрии, где, с одной стороны – существуют четкие юридические границы, и с другой - присутствует субъективная сторона предмета деятельности – психика подэкспертного лица. Яркий тому при-

мер – феномен симуляции, как составная часть установочного поведения.

Симуляцией называется намеренное представление фальсифицированных или резко преувеличенных соматических либо психопатологических симптомов, связанное с внешними побудительными мотивами (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). Симуляция упоминается в DSM-IV как состояние, не относящееся к психическим расстройствам.

Наличие внешних побудительных мотивов отличает симуляцию от «искусственно вызываемых расстройств», которые в соответствии с DSM-IV характеризуются соматическими либо психопатологическими симптомами, намеренно воспроизводимыми или демонстрируемыми для того, чтобы играть роль больного. Таким образом, хотя при обоих состояниях симптомы представляются намеренно, в случае симуляции цель заинтересованного лица можно легко выявить. И то, и другое состояние требуют, по мнению исследователей, склонности к лживости [2].

По данным Resnick (1994), люди обычно симулируют психические расстройства по одной из пяти причин:

- 1) чтобы избежать наказания – они изображают человека, неспособного отвечать на обвинения и предстать перед судом, невменяемого на момент совершения противоправного деяния, заслуживающего смягчения наказания и в некоторых случаях не подлежащего смертной казни;
- 2) чтобы избежать участия в боевых действиях и выполнения других нежелательных заданий, а в некоторых странах – для уклонения от призыва в армию (это касается военнослужащих);
- 3) чтобы получить денежную компенсацию за якобы полученную психическую травму;
- 4) чтобы добиться перевода из тюрьмы в психиатрическую больницу или получить какое-нибудь лечение, находясь в тюрьме;
- 5) чтобы быть госпитализированным в психиатрическую больницу с целью избежать ареста или получить кров и еду [5].

Вопросы симуляции, притворного выявления расстройства душевной деятельности – научно тесно связаны с тюремной психопатологией, в то время как практически они примыкают к судебной психопатологии, специально к судебно-психиатрической экспертизе. Проблема сложная и еще не вполне ясная. Научные и практические трудности могут быть вкратце сведены к следующим основным фактам.

1. Существующее душевное расстройство не всегда легко может быть доказано.
2. Равным образом, не всегда с точностью, может быть распознана настоящая симуляция.
3. Психическая аномалия и симуляция могут сосуществовать.
4. Душевное расстройство проистекает из симуляции. Симуляция переходит в душевное расстройство. Доказанная в определенный промежуток времени симуляция не исключает душевной болезни в более поздний временной промежуток.

Критерии симуляции:

- а) негативные (отрицательные) – доказывают отсутствие душевной болезни);
- б) положительные (позитивные), непосредственно доказывающие симуляцию.

Критерии истинного душевного заболевания – установленные признаки заболевания, как их отмечает научно-клиническая психиатрия с доступной ясностью и отчетливостью. К сожалению, неоспоримые доказательства доступны только при органических изменениях (рефлексы, изменения крови, спинальной жидкости и проч.). Психопатологическая типичность прерывается атипическими синдромами [1].

Принято выделять симуляцию у психически здоровых – истинную симуляцию и симулятивное поведение у лиц с теми или иными психическими нарушениями – симуляцию, возникающую на патологической основе.

В зависимости от временного фактора симуляцию подразделяют на три варианта:

- 1) предварительную (превентивную), то есть симуляцию, проводимую в период, предшествующий совершению преступления, с целью ввести окружающих в заблуждение, что преступление совершено в состоянии психического заболевания;
- 2) интрасимуляцию, то есть симуляцию, осуществляемую в момент совершения преступления для сокрытия его истинных мотивов;
- 3) постсимуляцию, то есть симуляцию, которая осуществляется после совершения правонарушения, как защитное поведение с целью уклонения от ответственности.

Существует ряд способов симуляции. Чаще всего с целью симуляции лица своим поведением и высказываниями стремятся произвести впечатление психически больного [2].

Иногда с этой же целью они принимают какие-либо лекарственные средства. В отдельных случаях испытуемые прибегают к симуляции анамнеза, сообщая ложные сведения о якобы перенесенном психическом заболевании, вступают в сговор с близкими, запасаются фиктивными документами.

Указанные способы симуляции могут сочетаться. Среди симулирующих преобладают лица, совершившие правонарушение повторно, что объясняется их большей осведомленностью о назначении и проведении судебно-психиатрической экспертизы.

Истинная (чистая) симуляция в судебно-психиатрической практике встречается относительно редко.

В этих случаях преступники прибегают к симуляции анамнеза. Они сообщают о себе и родственниках неправдоподобные сведения (утверждают, что

многие из них страдают душевными заболеваниями, окончили жизнь самоубийством и так далее) [1].

Выбор формы симуляции, в том числе и при симуляции анамнеза определяется распространённым среди населения представлением о психических заболеваниях, содержанием медицинской литературы и установками судебно-психиатрической экспертизы.

Нередко симуляции анамнеза предшествует стационарирование в психиатрические больницы с целью получить медицинский документ, подтверждающий это.

В других случаях лицо, обращаясь к психиатру по поводу невротических жалоб, расстройств сна, утяжеляет сообщаемые о себе ложные сведения указаниями на наличие голосов, бредовых идей и прочие [5].

Иногда ложная информация распространяется не на весь анамнез, а касается лишь преступления. Так, например, лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, ярко описывает болезненные переживания, имевшие место в этот период, с целью имитирования алкогольного психоза.

С этим связаны определенные судебно-психиатрические трудности.

Симуляция психического расстройства обычно осуществляется в изображении отдельных болезненных симптомов и синдромов и реже – в виде воспроизведения отдельной формы психического заболевания.

Так как симуляция индивидуальна, то выбор симулятивных симптомов зависит от знаний и опыта симулянта, его осведомленности в вопросах психиатрии, от чисто случайных причин (советы испытуемых, находящихся на экспертизе, подражание другим больным). Определённое значение имеет и личность притворщика.

Все это обуславливает разнообразие симулятивных проявлений без каких-либо закономерностей [4].

Наиболее часто симулируются состояния с вялым монотонным поведением, подавленностью, отказами от контакта, ссылками на расстройства памяти. Часто на этом фоне симулируются «бредовые идеи», слуховые и зрительные галлюцинации и так далее. Характерны демонстративные суицидальные проявления. Обращает на себя внимание особая настойчивость симулятивных жалоб, стремление продемонстрировать якобы имеющиеся психические расстройства в присутствии врача. Чуть заметив за собой наблюдение, подэкспертные лица начинают разговаривать сами с собой, обращаться к персоналу с жалобами на мнимых преследователей, просят сделать соответствующие записи в журналах наблюдения.

При этом выражение лица симулирующего остается спокойным, отсутствуют жестикация и мимика, свойственная галлюцинирующим больным [3].

Речевая продукция симулянта быстро истощается. При настойчивом расспросе симулирующего о якобы имеющихся у него «голосах» или «видениях» удаётся заметить его нерешительность, стремление избежать прямого ответа, прекратить разговор.

Симулятивные «бредовые идеи» преподносятся стереотипно в виде заранее подготовленных формул. Чаще всего симулянты заявляют, что их «преследуют» отдельные лица, целая группа, «банда» или испытывают на себе воздействие специальных аппаратов, лучей лазера или говорят о наличии неизлечимого заболевания, например, рака. Нередко предъявляются идеи изобретательства.

Подэкспертные лица заявляют, что многие годы занимаются «разработкой научных идей», или сделано «великое открытие», предлагают свои методы лечения тяжёлых болезней, проекты искоренения преступности и так далее. Такого рода высказывания нередко подкрепляются соответствующими схемами, рисунками, иногда имеющими «зашифрованный характер». Однако они не находят отражения в поведении симулянта – он не может уточнить многих деталей и подробностей изображенного явления. Например, у симулянта, демонстрирующего идеи величия, преобладает подавленное настроение, он внимательно следит за произведенным впечатлением, обдумывает ответы на вопросы и так далее [2].

Чаще всего описываемые формы симуляции и напоминают картину психоза, но отличаются от него отсутствием целостности структуры галлюцинаторно-параноидного синдрома, изолированностью симулируемых симптомов, их застывшим, стереотипным характером, отсутствием аффективных нарушений (тревоги, страха), нередко сопровождающих бред и галлюцинации. Симулянт не учитывает также, что при истинном психозе всё разнообразие бредовых идей и галлюцинаций объединено общим содержанием, нередко связанным с конкретными событиями и лицами.

Нередко встречаются симулятивные ссылки на провалы и нарушения памяти, распространяющиеся на всё прошлое или на период, относящийся к инкриминируемым деяниям. Такие жалобы всегда преподносятся в чрезмерно демонстративной, утрированной форме. При их изображении обследуемые не могут избежать противоречий в поведении и высказываниях, нередко допускают промахи, что быстро вскрывает искусственность расстройств памяти [3].

В отдельных случаях, особенно когда речь идёт об исключении временного болезненного расстрой-

ства психической деятельности, ссылки обследуемых лиц на запамятование периода правонарушения затрудняют решение экспертных вопросов и требуют дополнительных исследований.

Близко к данной форме симуляции стоит симуляция слабоумия. Здесь также на первый план выступает изображение расстройств памяти, но оно дополняется имитацией полного отсутствия каких-либо знаний и навыков. Такие симулянты нарочито нелепо отвечают на элементарные вопросы, грубо неправильно ведут себя при обследовании. Однако, как правило, у «ложных слабоумных» всегда можно отметить диссоциацию между тем, что активно преподносится, и истинным положением дел. Симулирующий всегда собран и сосредоточен, его эмоциональные реакции отличаются злобной раздражительностью. При этой форме симуляции никогда не наблюдается благодушия и эйфории, свойственных больным с истинным слабоумием [2].

К симуляции в указанной форме чаще прибегают люди весьма ограниченные, с малым запасом знаний, по представлению которых психически боль-

ной – это ничего не знающий и ничего не понимающий человек с нелепым поведением.

Таким образом, важность разграничения между подлинной болезнью и симуляцией не вызывает сомнения. Resnick (1994) отмечал: «Судебные психиатры несут огромную ответственность перед обществом за дифференциацию истинного заболевания и симулируемого психического расстройства». Однако потенциальная опасность ошибочного диагноза симулируемого психоза тоже должна учитываться [4].

Обнаружение фактов фальсификации симптоматики не должно, однако, исключать последующее обследование и лечение в связи с тем, что такую фальсификацию следует рассматривать как обусловленное болезнью отклоняющееся от нормы поведение часто беспомощного, неадекватного и уязвимого индивида.

Возможность симуляции в судебно-психиатрической практике не должна игнорироваться и её адекватная оценка должна быть включена в повседневную клиническую практику.

Список использованной литературы:

1. Ермакова Е.В. Особенности доказывания на досудебных стадиях производства по уголовным делам в отношении подозреваемого, обвиняемого симулирующего психические расстройства: автореферат на соискание ученой степени кандидата юридических наук. – Челябинск, 2009.
2. Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. Судебная психиатрия. – М.: Норма, 2004. – 452 с.
3. Куперман В., Зислин И. Симуляция психоза. Семиотика поведения - Русская литература и медицина: Тело, предписания, социальная практика: Сб. статей / под ред. К. Богданова, Ю. Мурашова, Р. Николюки. – М.: Новое издательство, 2006. – С. 290-302.
4. Broughton N., Chesterman P. Malingered psychosis // *Journal of Forensic Psychiatry*. – 2001. – vol. 12, 2, 407-422.
5. Resnick, P.J. Malingering. In Rosner, R. (ed.) *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. New York: Chapman & Hall, pp. 417-26.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАДИГМЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Н.В. Мартемьянов	судебный эксперт-психиатр, и.о. председателя судебно-психиатрической экспертной комиссии ГККП «Медицинский центр проблем психического здоровья», г. Астана (РК)
С.Б. Бисеналиев	судебный эксперт психиатр ГККП «Медицинский центр проблем психического здоровья», г. Астана (РК)
М.В. Прилуцкая-Сущенко	врач-психотерапевт РККП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар
Т.У. Саидов	врач-нарколог ГКП на ПХВ «Павлодарский областной центр профилактики и лечения зависимых заболеваний»

Судебная психиатрия обеспечивает комплексное освещение ряда вопросов клинической психиатрии, специфическое понимание характера ряда болезненных расстройств и тем самым способствуют

улучшению психиатрической помощи [3].

Деятельность судебных психиатров имеет определённые отличия от работы психиатров общего профиля. Как правило, на экспертизу поступают лица, психическое состояние и анамнез жизни которых имеют ряд особенностей. Судебные психиатры должны не только диагностировать психическое расстройство, но и определить его тяжесть. Судебными психиатрами могут быть только врачи, обладающие большим клиническим опытом. Они должны хорошо знать общую психиатрию и ориентироваться в правовых вопросах. Такая разносторонняя подготовка позволяет проводить обоснованную диагностику и правильно строить выводы, излагаемые в судебно-психиатрическом заключении (акт судебно-психиатрической экспертизы).

Судебная психиатрия состоит из трёх основных разделов:

- судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным и гражданским делам;
- принудительные меры медицинского характера, применяемые к психически больным, совершившим общественно опасные деяния;
- оказание психиатрической помощи осужденным и, в первую очередь, осужденным к лишению свободы (пенитенциарная психиатрия).

Перечисленные три раздела судебно-психиатрической науки определяют соответствующие им три, основные, направления практической деятельности судебного психиатра. Каждое направление характеризуется спецификой организационно-правовых и процедурно-юридических условий, установленных законодательством и принимаемыми на его основе подзаконными нормативно-правовыми документами.

Вынесение судебно-психиатрического заключения – чрезвычайно ответственная и сложная задача. Далеко не все лица, прошедшие судебно-психиатрическую экспертизу, психически больны и невменяемы, но это не значит, что их направление на освидетельствование было необоснованным. Среди признанных вменяемыми немало лиц с невыраженными психическими отклонениями. Эти случаи особенно трудны в плане, дифференциальной диагностики и оценки тяжести расстройств. Наибольшие затруднения возникают при отграничении психопатий от шизофрении, простого алкогольного опьянения от патологического, определении тяжести олигофрении [2].

Основным методом обследования психически больных остается клинический метод, с чётким и обоснованным психопатологическим анализом состояния обследуемого. Клиническое наблюдение дополняется данными лабораторных методов.

Судебные психиатры решают вопросы о вменяемости, о дееспособности, о возможности отбывания наказания, о способности свидетеля и потерпевшего правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания, а также о применении тех или иных мер медицинского характера в отношении невменяемых.

Это подчеркивает необходимость согласования всех правил и норм психиатрического освидетельствования (включая и безусловное соблюдение деонтологических принципов) и всех положений статей Уголовного, Уголовно-процессуального, Гражданского и Гражданского процессуального кодексов, касающихся проведения экспертизы.

Особо важной является разработка тех критериев, которые дают основания сомневаться в психическом здоровье лица, оказавшегося в сфере следственно-судебного разбирательства или в местах лишения свободы. Правильное применение этих критериев обеспечивает своевременное назначение экспертизы. Некоторые из этих критериев достаточно просты, другие требуют специальных знаний и опыта.

Одним из формальных оснований для сомнения в психической полноценности лица, вовлечённого в следственно-судебную ситуацию, являются сведения о его лечении в прошлом в психиатрических больницах или о том, что он состоит на учёте в психоневрологическом диспансере (ПНД). Такое же значение имеют данные трудовой и военно-психиатрической экспертизы об инвалидности или негодности к военной службе по состоянию психического здоровья. Сведения о высокой частоте психических заболеваний среди родственников, об обучении во вспомогательной школе, о явных странностях поведения, о попытках самоубийства также должны приниматься во внимание, но они должны быть объективизированы (справки из психиатрических учреждений, характеристики и т.д.), чтобы стать реальным поводом к назначению экспертизы [4].

Имеют значение сведения о перенесённых в прошлом заболеваниях головного мозга (энцефалит, менингит), травмах черепа, если они сопровождались психическими нарушениями, вызвали ухудшение успеваемости в учебе или снижение трудоспособности. Могут приниматься во внимание заявления соответствующих общественных организаций, характеристики и отзывы учреждений с указанием на психическую неполноценность данного лица. Свидетели по делу по собственной инициативе могут высказывать сомнения в психической полноценности обвиняемого. В этом случае их показания обязательно уточняют, конкретизируют и стараются

ся получить подробные сведения о психическом состоянии обвиняемого у его родственников и других свидетелей.

Предварительная, до назначения экспертизы, объективизация всех этих данных чрезвычайно важна, так как она может предупредить необоснованное назначение экспертизы или, наоборот, будет содействовать своевременному проведению экспертизы и правильному экспертному решению. Необходимо учитывать, что как в уголовном, так и в ещё большей степени в гражданском процессе данные о наследственной отягощённости, о тех или иных странностях в поведении и понимаемых в бытовом смысле признаках психических расстройств могут умышленно и неумышленно искажаться и извращаться. Симуляция и диссимуляция не только своего настоящего психического состояния, но и анамнеза – нередкое явление в судебно-психиатрической практике. Родственники и другие лица, заинтересованные в исходе уголовного или гражданского дела, также могут давать предвзятые оценочные квалификации «психической ненормальности» психически здоровых лиц или, наоборот, говорить о психической норме у душевнобольных. Прямо противоположные показания о психическом здоровье лица, подвергающегося судебно-психиатрическому освидетельствованию в гражданском процессе, довольно часто дают свидетели, заинтересованные в установлении дееспособности или недееспособности этого лица. В связи с этим только после всесторонней объективизации все сведения могут стать достаточными аргументами для назначения экспертизы.

Как известно, противоправные действия могут проявляться в двух формах: в виде умысла и в виде неосторожности. Преступление является умышленным, если лицо, его совершившее, осознавало общественный характер своих действий. Преступление квалифицируется как совершённое по неосторожности, если совершившее его лицо не предвидело возможные социально негативные последствия своих действий, не имело умысла на их достижения, но не смогло, или не пыталось их предотвратить. И в том и в другом случае, когда нарушена способность понимания общественной опасности своего действия или бездействия и его последствий, возможна постановка вопроса о снятии вины с этих лиц. То есть важно, чтобы конкретное лицо осознавало не только формальную сторону своих действий, но и их общественный характер, необходимо, чтобы сохранялось понимание того значения, которое имеет данный поступок как преступление.

При судебно-психиатрической экспертизе лиц, совершивших противоправные действия как в виде умысла, так и по неосторожности, важно установить – не только осознавало ли данное лицо формальную сторону своих действий, но и общественную опасность, сохранялось ли у лица понимание того значения, которое имеет данный поступок как преступление.

Следователь, судья, изучая личность обвиняемого, обычно могут получить достаточный материал о формировании его личности, о социальном поведении, о круге интересов, о ценностных ориентациях. Странное, социально-психологически неадекватное поведение в семье, быту, на производстве, отмеченное задолго до привлечения к уголовной ответственности или судебного определения дееспособности – недееспособности, должно быть поводом для направления на экспертизу. То же относится к необычности или безмотивности правонарушения или действия (завещание или сделка и так далее), ставшего предметом разбирательства в гражданском процессе. Иногда психологическая непонятность, крайняя демонстративность общественно опасного действия бывают первыми признаками психического заболевания.

Некоторые не болезненные по своей природе антисоциальные формы поведения могут производить впечатление странных, причудливых, лишённых понятных мотивов, что вызывает сомнение в психической полноценности обвиняемого. То же относится и к особой жестокости, проявляемой иногда преступниками при совершении преступлений. Эти признаки сами по себе не могут служить доказательством психического расстройства, они должны учитываться лишь в совокупности с другими данными об особенностях личности и поведения обвиняемого, но это уже другой вопрос. Данные о странности поведения, об особой жестокости и безмотивности преступления – показания к назначению экспертизы. Экспертиза может установить связь этих данных с болезненным расстройством психики и дать заключение о невменяемости. Если эти особенности поведения и правонарушения относятся к вменяемому, то они не как болезненные, а как личностные особенности преступника получают соответствующую оценку суда.

Наряду с теми данными, которые добываются в ходе предварительного следствия или судебного разбирательства на основании свидетельских показаний, медицинских документов, бытовых и производственных характеристик, а также самого деяния, приведшего к уголовному или гражданскому процессу, следователь, прокурор, адвокат, судья, а также администрация мест лишения свободы могут на

основе своих знаний о проявлениях психических заболеваний высказать в соответствующих случаях предположение о психическом расстройстве и поставить вопрос о судебно-психиатрическом освидетельствовании.

Особенно важными являются данные, характеризующие ось личностных нарушений, выявляемых в ходе судебно-психиатрической экспертизы, которые позволяют определить следующие позиции:

- а) удельный вес представителей отдельных нозологических групп среди подэкспертных лиц;
- б) связь между видами аномалий и видами преступного поведения;
- в) связь между возрастом правонарушителей и видом патологии;
- г) влияние патологии на рецидив преступлений и мелких правонарушений.

В отечественной криминологии наиболее изучена личность психопатов и алкоголиков. Хуже изучены посттравматические и органические заболевания центральной нервной системы (ЦНС) и олигофрения в степени дебильности.

Так, данные клинико-криминологических исследований говорят, что психопатии и другие виды нервно-психических расстройств могут нарушить социальную адаптацию индивида, способствовать совершению преступлений, а антиобщественный образ жизни в микросреде преступников и приобретение вредных привычек могут усугублять психические расстройства.

При этом подчёркивается неадекватность ответных действий психопатов на внешние стимулы, часто бурные реакции по малозначительным причинам, из-за чего затрудняется приспособляемость и наступает дезадаптация. Неадекватность следует понимать лишь как внешнюю оценку реакции, поскольку субъективно она соответствует данной личности, ее психологическим особенностям, обусловленным данной психической аномалией, а поэтому адекватна этой личности.

Список используемой литературы:

1. Балабанова Л.М. *Судебная психология (вопросы определения нормы и отклонений)*. – Д.: Сталкер, 1998. – 432 с.
2. Горшков А.В., Колоколов Г.Р. *Краткий курс по судебной психиатрии*. – М.: Окей-книга, 2009. – 128 с.
3. Дмитриева Т.Б. *Судебная психиатрия в новых правовых условиях // Социальная и клиническая психиатрия*. – 2001. – № 1. – С. 31-33.
4. Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. *Судебная психиатрия*. – М.: Норма, 2004. – 452 с.

Вместе с тем известно, что психопатические личности бурно реагируют не только на ничтожные раздражители. Преступные насильственные действия совершаются ими и в ответ на тяжкие оскорбления, явно провоцирующие поступки потерпевших, что наблюдается, например, при анализе убийств на почве семейных отношений. Такие действия, естественно, могут совершить и психически здоровые лица. Поэтому лишь факт наличия данной психической аномалии полностью ещё не раскрывает субъективных причин таких действий. В связи с этим задача заключается в выявлении и оценке тех психологических особенностей, которые детерминируют противоправное поведение психопатических личностей. Нет сомнения, что эти особенности складываются под влиянием психопатии. Последняя затрудняет усвоение и реализацию ими социальных норм, регулирующих отношения людей в различных ситуациях, в том числе сложных. Однако этого, вероятней всего, недостаточно для объяснения преступных действий психопатических личностей, поскольку не объясняется до конца, почему все-таки психопат совершил именно эти, а не иные действия.

При рассмотрении мотивации противоправных действий у психопатических лиц отмечается нарушение иерархии и опосредования деятельности в сочетании с расстройством прогнозирующей функции и учёта прошлого опыта. Большинство психопатических личностей осуществляют противоправные действия в состоянии компенсации, что и определяет их вменяемость [3].

Таким образом, при построении судебно-психиатрической экспертизы важна комплексная, многомерная оценка состояния и построение диагностического процесса. Результатом такой работы является не только квалификационное феноменологическое определение состояния лица, но и дедуктивное, максимально вероятное описание прогноза, в соответствии с клиническим диагнозом – на одном полюсе, и совершенным деянием – на другом.

К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ (обзор литературы)

Л.В. Самсонова

врач-психиатр КГКП «Атырауская областная психоневрологическая больница», г. Атырау (Западно-Казахстанская обл., РК)

Соматоформные расстройства (СФР) являются широко распространенным видом психических нарушений. Проблема их клинического объяснения остаётся предметом научных споров. Можно выделить 2 основных подхода к их изучению:

- СФР-психоцентрический подход, поддерживаемый большинством исследователей-психиатров;
- соматоцентрический подход, представителями которого являются преимущественно ученые – не психиатры.

Целью настоящей публикации является освещение основных положений теоретических концепций формирования соматоформных расстройств с позиций так называемого психоцентрического направления.

В рамках этого направления основное место занимают следующие концепции: психогенеза, которая 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 (1917, 1923) всем соматическим симптомам присваивается символическое значение, а их формирование напрямую связывается с реализацией энергии бессознательного («Оно») [2, 3]. Причём 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 манифестацию 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 сопряжённости с физиологическими и патологическими соматическими процессами. Изучая патогенетические механизмы психосоматических расстройств, F. Alexander отмечает, что главным звеном в манифестации того или иного заболевания являются не индивидуальные особенности (личностные, соматические) пациента, а некие общие для разных людей и одновременно специфичные для определённой патологии неосознанные эмоциональные конфликты.

В сфере гастроэнтерологической патологии F. Alexander выделяет три варианта психосоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта:

- 1) желудочный (gastric type);
- 2) колитический (colitis type);
- 3) 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 раздражённого 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 абдоминалий (острые колющие боли в области живота), сопряжённых 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 такой основной эмоциональный конфликт, как «отказ отдавать и желание сохранить то, что получено». Сходным образом в основе артериальной гипертензии, в том числе, и при транзиторных подъёмах 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 органических систем [8]. В ряду СФР Brautigam W., Christian P., Rad M. (1999) рассматривают группу психосоматических расстройств, протекающих с функциональными расстройствами сердечнососудистой (кардионевроз), бронхолегочной (синдром гипервентиляции) и пищеварительной (синдром кома в горле, раздражённого желудка и раздражённого кишечника, включающий эмоциональную диарею, функциональные запоры, синдром возбужденной толстой кишки) систем. 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 сердечнососудистой 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 (1999) отмечают сопряжённость кардиалгии, нарушений ритма сердечных сокращений и дыхания с паническими атаками и ипохондрическими фобиями [8]. Указывается также связь нарушения моторной функции кишечни-

ка с астенической симптоматикой, «ипохондрической настроенностью» со склонностью к фиксации на деятельности желудочно-кишечного тракта кишечника и вопросах диеты (запоры, эмоциональная диарея), а также приступами страха (раздражённая толстая кишка).

2. Реализация психической патологии в сфере телесных расстройств

Многие исследователи указывают на сопряжённость 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 сердечнососудистой, дыхательной, пищеварительной систем [10-14]. Среди этиологических факторов СФР указывается достаточно широкий спектр психотравмирующих ситуаций – угроза потери близкого человека, социальные конфликты (семейные, 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 (врождённой, приобретённой), сколько «настроенностью» центральной нервной системы (ЦНС) именно на этот орган. Таким образом, приоритет в формировании СФР вновь отдаётся центральному корковому 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, доказывалось 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 наруше-

ния от вегетативных дисфункций (изменения сердечного 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 interoцептивного раздражения). Как указывает В.Б. Захаржевский (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 выраженность истерических (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 (1988), 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 [19].

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 обна-

руживают тенденцию к многолетнему хроническому течению. Причём частота хронификации функциональных расстройств оценивается от примерно j - при кардионеврозе и гипервентиляции до 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 сопряжённость тревожной патологии с сердечнососудистой и дыхательной системой более чем в 60%, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – 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 сердечнососудистой и бронхолёгочной системы указывается формирование агорафобии, учащение панических приступов, формирование стойких явлений генерализованной тревоги [22, 23, 28].

В ряде публикаций указывается на связь синдрома раздражённого кишечника с тревожными расстройствами [29-32]. Исследованию сопряжённости функциональных нарушений кишечника (преимущественно диарея, метеоризм, пароксизмальные абдоминалгии), сопряжённые с позывами на дефекацию) с паническим расстройством, квалифицированным по критериям DSM-III-R, посвящена работа R. Noyes с соавторами (27 пациентов) и Drossman D.A. с соавт. (28 пациентов) [33, 34]. Подчёркивая 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 с фиксированными 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 развития [37, 38].

По данным Н.Д. Лакошиной [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, сопряжённой с дисфункциями внутренних органов указываются и аффективные нарушения, в первую очередь - депрессивного спектра [20]. По мнению Smith G.R. [40], который провёл анализ публикаций по этой тематике, накопленные данные свидетельствуют о том, 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 сочетаний указывают персистирующие алгические синдромы с мало изменчивой 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. Лакошиной и Г.К. Ушакова (1976), расстройства функций внутренних органов при депрессиях или длительном снижении настроения опосредуются через нейрохимические механизмы, приводящих, например, в случаях гастроинтестинальных нарушений) к чрезмерному всасыванию воды и рефлекторному снижению двигательной активности кишки, обезвоживанию её содержимого и, как следствию – к запорам [41].

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, формирующимися в рамках депрессивного аффекта. Одно из теоретических обоснований такого подхода можно привести как 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 своё наиболее полное отражение в работах авторов, прицельно изучающих атипичные депрессивные расстройства. При которых патологическое изменение аффекта 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 (1984), Е.В. Зелениной (1997) и ряда других авторов, перечисленные соматовегетативные расстройства могут формироваться ещё на продромальной стадии циклотимии, задолго до развития так называемых «психологических» симптомов депрессии – собственно депрессивного настроения и содержательного комплекса депрессии с идеями малоценности, самоуничтожения и самообвинения [47, 48].

В ряде работ проводится анализ особенностей функциональных расстройств ЖКТ при различных типах депрессий. Данные о сопряжённости симптома раздраженного кишечника (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 обнаруживает тревожные депрессии у большинства (46 из 67) обследованных пациентов с диагнозом СРК [50]. Не проводя подробного психопатологического анализа указанных наблюдений, автор отмечает доминирование тревожного аффекта над гипотимией с явлениями ранней инсомнии, присоединение канцерофобии.

Другие авторы, напротив, рассматривают нарушения функций ЖКТ при депрессиях с преобладанием негативной эффективности. При этом выделяются «крайние» варианты соматизированных депрессивных расстройств, протекающих в форме «соматического» страдания: структура депрессивного синдрома определяется выраженными соматовегетативными нарушениями – абдоминалгии, стойкие запоры, утрата аппетита, значительное снижение веса, инсомнические расстройства, чувство вялости, утраты сил и энергии. Сопутствующие явления гипотимии ограничиваются не резко выраженной апатией, чувством подавленности, тоски. В то же время подчёркивается редуцированность или полное отсутствие признаков тревожного аффекта [51]. P.S. Masand с соавт. (1997) 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 и ночные позывы на дефекацию. При этом отмечено достоверное накопление случаев функциональных расстройств ЖКТ среди близких родственников пациентов с большим депрессивным расстройством, сочетающимся с СРК [52].

По данным G. Dotevall с соавт. (1982), депрессивные расстройства, протекающие с симптомами СРК, характеризуются отчётливым чувством подавленности и беспомощности [53].

В ряде современных совместных работ психиатров и гастроэнтерологов СРК также рассматривается как физиологический эквивалент аффективных расстройств. Abbey S.E. с соавторами (1990), описывая функциональные расстройства у 271 обследованных депрессивных пациентов, выделяют 21 больного из общего числа с установленным диагнозом СРК [54]. 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 определёнными соматическими нарушениями и заболеваниями прослеживается ещё со времен Гиппократ и Галена в описаниях разных типов темперамента: отмечается предрасположенность сангвиников к сердечнососудистой 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 туберкулёзом легких и гастритом, пикническая – с хроническим ревматизмом, атеросклерозом, болезнями желчевыводящих путей, атлетическая – с эпилепсией и мигренями. Sheldon W. выделяет особый соматотонический тип конституции, характеризующийся атлетическим телосложением, толерантностью к физическим нагрузкам и склонностью к культу собственного тела [60]. В соответствии с воззрениями автора такой конституциональный склад определяет предрасположенность к определенным соматическим нарушениям, включая патологию сердечнососудистой системы. Ключевое место в интерпретации психосоматических заболеваний F. Dunbar (1954), которая выделяет особые типы личностей по принципу специфической предрасположенности к тем или иным соматическим заболеваниям. В частности, выделяется тип личности (в последующей литературе обозначаемый как тип А), склонной к ангинозным жалобам и развитию инфаркта миокарда [61]. Характерологические особенности в рамках данного типа личности представлены сдержанностью эмоциональных реакций,

целенаправленной и продуктивной активностью, последовательностью в достижении поставленных задач, способностью отказаться от непосредственного удовлетворения своих потребностей ради достижения отдалённой цели. Развитие такого подхода приводит к разработке типологических схем с выделением «личностей риска», как это, в частности, осуществляется в работах М. Friedman и R. Rosenman (1953), Gallacher J.E. с соавт. (1988). Авторы выделяют группу лиц с «поведением типа А» с повышенным риском развития инфаркта миокарда [62, 63].

Близкой по своему содержанию к характерологически ориентированной теория является концепция алекситимии, предусматривающая определённый (предположительно конституционально обусловленный) изъян в когнитивной сфере. Термином алекситимия предлагается обозначать особый «психосоматический» 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»;
- тотальная идентификация с объектом (алекситимик существует как бы с помощью и благодаря другому человеку – «ключевой фигуры»).

На основании этого свойства интерпретируется факт того, что у алекситимической личности потеря (вымышленная или реальная) этой «ключевой фи-

гуры» («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 психодинамического направления необходимо подчеркнуть следующее. Несмотря на различия в теоретических предпосылках и методологических аппаратах (психодинамический, социально-психологический, психопатологический, интегративный и т.д.), общим для включённых 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 экспертной 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 ärztlicher 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. Kreislaufforschr.* – 1966. – Bd. 55. – S. 342.
 - 23 Cremerius J. *Die Prignose 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 Longreth 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 managment.* // *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 Плетнев Д.Д. К вопросу о соматической циклотимии // Русская клиника. – 1927. – Т. 7. – В. 36. – С. 495-500.
- 45 Lemke R. Uber 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. – №. 9. – P. 504-509.
- 47 Зеленина Е.В. Соматовегетативный симптомокомплекс в структуре депрессий (типология, клиника, терапия): автореф. дис... к.м.н. – 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., Sjodin 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., Dewsnap 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. 1. – T. 1. – S. 662-688.
- 60 Sheldon W., Stevens S. The varieties 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.
-
-

МЕТОД ИНТЕРПРЕТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ (обзор)

К.Р. Сармантаева

заведующая психотуберкулезным отделением ГУ «Павлодарский областной психоневрологический диспансер», г. Павлодар (РК)

При построении диагностического процесса в психиатрической практике ключевым вопросом является учёт методологических основ, на которых разворачиваются последовательные этапы дедуктивного и интерпретативного поиска [1].

Основная дихотомия психиатрической методологии заключается в одновременной оценке статусной и лонгитюдальной картины заболевания. При чем каждая из указанных позиций является стороной одного целого, дополняя и «высветляя» теньевые дифференциально-диагностические стороны в каждом конкретном случае.

Так, динамические характеристики дают клиницисту информацию о степени погрешности заболевания, что, по сути, отражает биологический компонент патологического образования, его «*pathos*». Статусные – определяют методом «слепка» социально-личностных преломлений патологического процесса, придавая биологической составляющей индивидуальный профиль – его «*nosos*».

К. Ясперс указывал на необходимость создания психиатрических биографий, при помощи которых возможна систематически совершенствующаяся диагностика и дифференциальная диагностика психопатий, неврозов, аффективных психозов, шизофрении и других психических заболеваний.

Интерпретация, проводимая в рамках статусных характеристик и анамнестических данных, выходит за пределы лишь констатации психиатрических симптомов и синдромов. Теоретически она должна проводиться по ряду составляющих: нейропсихологическая, психоаналитическая, культуральная, возрастная, биологическая [6].

Психиатрическая интерпретация связана с выявлением феноменов первого порядка – симптомов, второго порядка – синдромов, третьего порядка – нозологических единиц. В Международной классификации десятого пересмотра (МКБ-10) в части рубрик единство второго и третьего порядка отсутствует, и описание сохраняется лишь на уровне симптомов. Считается, что нозологическая единица должна характеризоваться конкретной этиологией, патогенезом и патологической анатомией, но для большинства психических расстройств этот подход неприемлем. Исключение составляют прогрессивный паралич и атрофические деменции. Психиатричес-

кая феноменология характеризуется динамикой, которая бывает прогрессивной (непрерывной), регрессивной (возвратной), приступообразной, при которой после каждого из приступов наблюдаются когнитивные изменения, и периодической, при которой между приступами нет изменений личности или интеллекта. Принято также говорить об «осевой» симптоматике, свойственной нозологическим группам.

Для психиатрической интерпретации важно, чтобы не было противоречий между данными анамнеза, в том числе со слов родственников, феноменологией и данными фактического наблюдения. Важно также, насколько переживания пациента сказываются на его поведении. Если переживания не отражаются на общем рисунке и деталях поведения, то следует усомниться в их достоверности. Основная психиатрическая интерпретация связана с выделением симптомов и синдромов по сферам психопатологических нарушений.

Цель выявления синдрома состоит в том, чтобы спланировать лечение и прогнозировать вероятный исход заболевания, опираясь на накопленные знания о причинах возникновения, лечении и исходе заболевания у других больных с таким же синдромом.

Нейропсихологическая интерпретация

С позиций нейропсихологии все психические расстройства связаны с функциональным или морфологическим повреждением в системах трёх функциональных блоков мозга:

- блока регуляции тонуса и активности, уровня сна и бодрствования (ретикулярная формация, лимбическая система, медиобазальные отделы лобной и височной коры);
- блока приёма, переработки и хранения информации (анализаторные системы);
- блока регуляции, контроля и программирования психической деятельности (моторные, премоторные, префронтальные отделы коры лобных долей).

Использование нейропсихологической интерпретации представляет интерес при курации нозологий церебрально-органического спектра (экзогенный класс). В этих случаях специалист произ-

водит не только определение топики заболевания, но и выявляет паттерн развития конкретной нозологии [4].

Психоаналитическая интерпретация

Феноменологически психоанализ фиксируется на уровне симптома, который интерпретируется как результат одного из механизмов защиты, срабатывающий в результате задержки развития на стадиях психосексуальности, психического онтогенеза или в результате регресса к определённым стадиям. Психоаналитическая интерпретация зависит от того, в рамках какой аналитической школы она происходит, но независимо от школы аналитик пытается ответить на вопрос, почему галлюцинации именно этого содержания переживает пациент и почему именно таково содержание его симптома, например навязчивостей или бреда. То есть происходит разбор и оценка содержательной стороны психопродуктивных расстройств.

Психоаналитическая интерпретация является важной составной частью работы с любым пациентом, поскольку она опирается на психический онтогенез и особенности интерперсональных отношений.

В клинической практике психоаналитическая интерпретация всё же чаще используется в области пограничной и детской психиатрии. Её применение в обоих случаях имеет прикладное значение, позволяя планировать объем лечения и терапевтические мишени.

Культуральная интерпретация

Целый ряд психических функций зависит от расовых и культурных, в том числе религиозных, особенностей, а также от экологии. Поэтому следует оценивать то или иное проявление как «расстройство» с учётом данных зависимостей. Например, степень откровенности пациента может зависеть от соответствия его языка, веры данным характеристикам у врача, мутизм, кажущиеся искажения инстинктивной деятельности (отказ от пищи, сексуальных связей и так далее) может быть связан с табу или постом. Специфические чувства вины, ответственности и восприятия мира у человека религиозного не позволяют пользоваться рядом психотерапевтических воздействий, например гипнозом. Переживания умерших рядом с тем, кто их утратил, мифопоэтичность в восприятии мира и в мышлении (сопричастность, вера) могут психиатром ложно трактоваться как расстройства восприятия и мышления. Описан ряд этнопсихопатологических синдромов, которые встречаются в одних культурах в яркой форме, а в других в стертой.

Культуральная интерпретация особенно актуальна в многонациональном обществе с конфессиональной интерграцией, в частности в Республике Казахстан. В связи с этим возрастает практическое значение исследовательских проектов в области этнопсихиатрии, этнопсихологии. В них проводится как выявление отдельных особенностей симптомов того или иного заболевания, так и описываются паттерны течения психической патологии в зависимости от национальной принадлежности (Нуркатов Е.М. «Социальные и этно-культурные особенности синдрома Кандинского - Клерамбо при шизофрении», 2003).

Кроме того использование этнопсихиатрического подхода диктуется временем, объясняя механизмы социальных эпидемий в целом, сектантства и социальных эпидемий – в частности.

Возрастная интерпретация

Все психопатологические и нозологические особенности различаются в зависимости от возраста. Хотя в МКБ-10 детскому и подростковому возрасту посвящены отдельные разделы, тем не менее, многие нозологические единицы могут наблюдаться в любом возрасте. Например, при шизофрении детского возраста трудно выделить отдельные типы болезни, аффективные расстройства у подростков часто протекают с агрессией, за которой скрывается депрессия, существуют значительные различия в органических нарушениях в детстве, среднем и позднем возрасте. Возрастная периодизация должна учитываться не только при диагностике, но и при терапии: так, детям и старикам следует назначать более низкие дозы психоактивных веществ, поскольку они вызывают у них синдром «загруженности» с минимальными расстройствами сознания [3, 5].

Для детского возраста относительно специфичными являются синдром детского аутизма, синдромы патологических страхов и фантазий, синдром олигофрении, синдром психического инфантилизма и гипердинамический синдром, синдром привычных действий. Для подросткового возраста более типичны синдромы дисморфомании, анорексии, гебоидности. Все синдромы детского и подросткового возраста могут рассматриваться как дизонтогенетические, и они указывают на три основных механизма патогенеза:

- 1) задержка развития;
- 2) асинхрония развития;
- 3) регресс.

Для позднего возраста, как возраста инволюции, относительно специфичны хронические формы бреда «малого размаха», когнитивные и эмоциональ-

ные расстройства, в том числе депрессии, в результате сосудистой и атрофической патологии мозга, собственно симптомы когнитивного дефицита. До сих пор неясно, существуют ли болезни специфичные для конкретного возраста или это возрастные фазы одного заболевания, например аффективного расстройства, шизофрении и так далее, окрашенные возрастной физиологией и психологией.

Психический и морфологический онтогенез состоит из критических и литических периодов. В критические периоды человек более чувствителен к стрессам и к запечатлению (обучению), поэтому психические расстройства, особенно отчетливо пограничные, имеют тропность к конкретному «возрастному окну», вне которого они протекают иначе.

Биологическая интерпретация

В основе всех психопатологических нарушений лежат относительно специфичные биохимические нарушения, в частности связанные с уровнем нейроромонов, обменом веществ, аутоиммунными процессами.

Биологическая интерпретация учитывает также роль пола и конституциональной морфологии в проявлениях болезни. Большинство психических расстройств у женщин протекает в более мягкой форме, или болезни имеют тенденцию к периодическому течению, исключение составляют женщины-андроморфы. По сравнению с остальными мужчинами у гинекоморфов психические расстройства протекают более благоприятно. Более точные расчеты половой конституции основаны на индексе Таннера (андро-гинекоморфии). [2]. В целом гормональный уровень меняется при большинстве аффективных расстройств, отмечается изменение либидо, активности других инстинктов. Конституциональная морфология основана на расчетах индекса Риса – Айзенка. У пикников психические расстройства протекают периодически, у нормастеника - приступообразно, а у астеника - с тенденцией к непрерывности. Вполне возможно, что многие психические расстройства имеют селективные преимущества. Так, например, лица, больные шизофренией, легче переносят боль, температурный и аллергический шок; некоторые качественные особенности так называемого патологического мышления могут быть более продуктивны, чем нормативного. В основе так называемых больших психозов лежат базисные биологические реакции, к которым относятся реакция застывания/бегства, эмоциональная и пароксизмальная реакция. В результате эволюции эти реакции привели к возникновению круга шизофрении, эпилепсии и

аффективных расстройств, которые закрепились в связи с селективными преимуществами носителей этих расстройств или преимуществами их родственников.

Исходя из общих концепций социобиологии, аномальное поведение в популяции является «платой», в частности, за генетический груз, изменение экологии и давление культуры, но имеет и «выигрыш» в форме преимуществ, которые получают носители патологических генов.

Биологической основой личности является и такой наследственно обусловленный фактор, как темперамент или тип высшей нервной деятельности (феномены в известной мере совпадающие). Тип высшей нервной деятельности – это врожденные особенности основных нервных процессов (сила, уравновешенность и подвижность их – биологический тип, определяющий структуру темпераментов, а также соотношение уровня и степени развития первой и второй сигнальных систем – специально человеческий, социальный тип). Тип высшей нервной деятельности является генетически обусловленным каркасом личности. На основе этого каркаса под абсолютно необходимым воздействием социальной среды и в меньшей мере биологической среды формируется уникальный психофизиологический феномен – личность. Психодиагностика личности возможна на основе семейного и личного анамнеза (биографии), а также ориентировочного исследования типа высшей нервной деятельности с использованием личностного опросника.

К биологической интерпретации относится также описание особенностей наследования патологии, то есть фона психических и поведенческих расстройств в семье и особенностей их передачи (доминантная, рецессивная, полигенная, олигогенная). Фенотипы большинства психических расстройств могут быть поняты на основе вклада генетики и среды в формирование патологии, а также воздействия среды на генетику (мутагенез).

Таким образом, при построении диагностического процесса в клинической практике необходимо «отходить» от клишированных схем исключительно психиатрической интерпретации, которая зачастую лишь феноменологически отражает поиск исходных состояний.

В настоящее время возрастает потребность в понимании пато- и саногенетических механизмов, оценке не заболевания, но целостного состояния пациента. Это может быть достигнуто применением на практике континуума интерпретативного подхода, начиная от биологической оценки и заканчивая культуральным поиском.

Список использованной литературы:

1. Балинский И.М. Лекции по психиатрии. – Л.: Медгиз, 1958. – 215 с.
2. Кречмер Э. Строение тела и характер: Пер. с нем. – М.-Л., 1930. – 304 с.
3. Носачев Г.Н., Романов В.В., Носачев И.Г. Семиотика и диагностика психических и наркологических заболеваний (в схемах, таблицах и комментариях к ним). Учебное пособие. – Самара: Изд-во «СОМИАИ», 2002. – 515 с.
4. Пивень Б.Н. Экзогенно-органические заболевания головного мозга. – М.: Медицина, 1998. – 144 с.
5. Руководство по психиатрии: В 2-х т. / Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999.
6. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. Словарь. Блейхер В.М. – М.-К.: Вища школа. Головное изд-во, 1984. – 448 с.

УДК 616.89:159.922.736-052.7

К ВОПРОСУ О КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОМ ПРОГНОЗЕ ПОДРОСТКОВЫХ ДЕПРЕССИЙ (аналитический обзор литературы)

Н.М. Стекольников

участковый детский психиатр КГКП «Атырауская областная психоневрологическая больница», г. Атырау (Западно-Казахстанская обл., РК)

Депрессии в подростковом возрасте остаются одной из актуальных проблем психиатрии. По различным данным от 19% до 30% подростков страдают депрессивными расстройствами, а атипичность клинической картины и, соответственно, сложности своевременной диагностики, определяют необходимость и практическую значимость изучения клинко-патогенетических закономерностей формирования депрессий в подростковом возрасте [1-9].

Центральное место среди подростковых депрессий занимают случаи маскирования аффективных нарушений различными проявлениями девиантного поведения. Их важность обуславливается не только яркостью клинических проявлений, но и выраженным десоциализирующим влиянием на пациентов. По данным зарубежных авторов, подростковая депрессия с поведенческими расстройствами является фактором высокого риска повторения депрессивного эпизода (в 62,4%), суицидального поведения (в 44,3%) и низкого уровня социализации больных (вследствие аддиктивных расстройств, антисоциальных расстройств личности, постоянных межличностных трудностей) [10-24].

Трактовка нозологической принадлежности маскированной депрессии в литературе весьма противоречива. Одни авторы относят её к циркулярному аффективному заболеванию [25, 26]. Напротив, по мнению А.К. Ануфриева (1970), скрытые эндогенные депрессии представляют собой симптомокомплекс, присущий как циклотимии, так и шизоаффективному психозу и приступообразно-прогредиент-

ной шизофрении [27]. Близкой точки зрения придерживается Ю.С. Савенко (1978), отмечая, что диагноз скрытой депрессии является лишь общесиндромальным [28]. Касательно детско-подросткового контингента пациентов М.Л. Нуллер (1988) указывает, что в анамнезе больных шизофренией, МДП или обнаруживших в последующие годы лишь непсихотические поведенческие и эмоциональные расстройства, часто имели место эпизоды маскированных депрессий, т.е., по его мнению, впервые выявленная скрытая депрессия не позволяет с точностью говорить о нозологическом диагнозе [29]. На сходной позиции находится G. Nissen [11-13], утверждая, что по мере развития симптоматики у детей с маскированной депрессией нередко возникала необходимость смены диагноза МДП на шизофрению. А.Е. Личко (1983, 1985, 1989) описывал депрессивные эквиваленты в структуре различных эндогенных расстройств подросткового возраста – шизоаффективном психозе, МДП и в рамках эндореактивных заболеваний [14-16]. Наконец, часть авторов указывает на возможность психогенного формирования скрытых депрессий в подростковом возрасте [30].

В целом, опираясь на результаты анализа литературы по данному вопросу, можно говорить о нозологической неспецифичности маскированных депрессий, однако необходимо отметить, что большинство исследователей относят их к проявлениям заболеваний эндогенного круга.

Катамнестические исследования депрессивных расстройств с нарушениями поведения преимуще-

ственно проводились за рубежом, и результаты их довольно показательны. Marcelli (1998) ссылается на длительные (18 лет) катамнестические наблюдения Harrington (1990), установившего высокий риск развития антисоциального поведения у взрослых, у которых в подростковом возрасте отмечались эпизоды депрессии с расстройствами поведения, в то время как у тех пациентов, подростковый возраст которых характеризовался «чистой» депрессией, высок риск повторной депрессивной фазы. Сходные данные после продолжительного изучения (20 лет) подростковых депрессий с коморбидными расстройствами поведения приводят E. Fombonne et al. [31, 32]. Их исследование выявило, что подростковая депрессия с расстройствами поведения являлась фактором высокого риска повторения депрессивного эпизода (62,4% - 75,2%), суицидального поведения (44,3%) и низкого уровня социализации (злоупотребления наркотиками, других болезней зависимости, алкоголизма, антисоциальных расстройств личности, постоянных межличностных трудностей). Затяжной характер депрессии с нарушениями поведения и низкую социализацию впоследствии, как отличие от «чистых» депрессий, отмечают G.I. Keitner et al. [33]. D.S. Pine et al. (1998, 1999) и T. Aalto-Setälä et al. (2002) прямо указывают, что депрессивные симптомы в пубертатном периоде являются предикторами депрессивных нарушений в ранней взрослой жизни [34, 35, 36]. К сожалению, указанные исследования были клинико-статистическими, поэтому психопатологических особенностей депрессий с нарушениями поведения, подвергавшихся анализу, а тем более значения собственно аффективной составляющей, авторы не оценивают. В противоположность выше приведенным данным,

отечественные катамнестические исследования, несмотря на немногочисленный характер, анализируют прогностические признаки подростковых депрессий с нарушениями поведения [30, 37]. И.Л. Комлач (1986) на основании 22-летнего анализа депрессий, дебютировавших в подростковом возрасте, среди предикторов социально неблагоприятного течения аффективных нарушений эндогенного круга выделяет наличие выраженной акцентуации личности больных (особенно астеноневротического и шизоидного типов), преобладание астенодепрессивной симптоматики в первом аффективном приступе, а также девиантные эквиваленты эндогенных депрессий [30]. Нарушение поведения как признак неблагоприятного течения аффективного расстройства, отмечены автором и в отношении психогенных депрессий. А.А. Кашникова и И.Н. Татарова (1997), говоря о частом сочетании затяжного течения аффективного расстройства и астено-динамических вариантов депрессии, вместе с тем отрицают влияние стержневой депрессивной симптоматики на социальный прогноз подростковых депрессий, а в качестве прогностических признаков возрастной динамики психопатоподобных эквивалентов депрессии приводят особенности типологической структуры поведенческих нарушений [37]. По результатам их работы наиболее неблагоприятными являются психопатоподобные эквиваленты с преобладанием патологически измененных влечений и полиморфной структуры.

Таким образом, краткий анализ литературных данных показывает, что подростковые депрессии характеризуются неблагоприятным социальным прогнозом, что обусловлено, в частности, неоднозначным толкованием их нозологической принадлежности.

Список использованной литературы:

1. Лапидес М.И. Клинико-психопатологические особенности депрессивных состояний у детей и подростков // Сб. «Вопросы детской психиатрии» / под ред. Г.Е. Сухаревой. – М., 1940. – С. 39.
2. Лапидес М.И. Депрессивные синдромы у детей и подростков при инфекционных поражениях ЦНС (клиника, дифференциальная диагностика) // Всеросс. науч. конф. по психоневрологии дет. Возраста. – Л., 1965. – С. 86-89.
3. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. – М., 1971.
4. Вроно М.Ш. Некоторые особенности депрессивных состояний у детей при шизофрении // В кн. «Научно-практич. конф. по дет. психоневрологии». – М., 1973. – С. 28-29.
5. Сосюкало О.Д., Кашникова А.А., Татарова И.Н. Психопатоподобные эквиваленты депрессий у детей и подростков // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1983. – вып. 10. – С. 15-22.
6. Сосюкало О.Д. Аффективная патология у детей и проблема девиантного поведения // Сб. «Актуальные вопросы неврологии и психиатрии детского возраста». – Ташкент, 1984. – С. 187.
7. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М., 1959. – Т. 2.
8. Иовчук Н.М. Депрессивные и маниакальные состояния у детей и подростков // Журн. невропатол. и психиатр. – 1976. – вып. 6. – С. 922-934.
9. Иовчук Н.М. Клинические особенности детских эндогенных депрессий // Сб. «Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста». – М., 1986. – С. 61.

-
-
10. Fombonne E. et al. *The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression, part 2* // *The British Journal of Psychiatry*. – 2001. – V. 179. – P. 218-223.
 11. Nissen G. // «In: *Depressive Syndrome im Kindes - und Adolescence*». – Stockholm, 1972. – P. 501-509.
 12. Nissen G. *Masked depression in children and adolescents* // «Masked depression» / Ed. by P. Kielholz. – Bern – Stuttgart – Vienna, 1973. – P. 133 – Discussion. – P. 144.
 13. Nissen G. *Маскируется ли депрессия у детей?* // *J. Acta paedopsychiatr.* – Basel, 1975. – V. 41. – № 6. – P. 235-242.
 14. Личко А.Е. *Психопатии и акцентуации характера у подростков*. – Л., 1983.
 15. Личко А.Е. *Подростковая психиатрия*. – Л., 1985.
 16. Личко А.Е. *Шизофрения у подростков*. – М., 1989.
 17. Carlson G.A., Cantwell D.P. *Unmasking masked depression in children and adolescents* // *Am. J. Psychiatry*. – 1980. – V. 137. – P. 445-449.
 18. Cassano G.B. et. Savino M. *Медикография*. – 1994. – вып. 56. – Т. 10.
 19. Clark D.B. et al. *Identifying anxiety disorders in adolescents hospitalized for alcohol abuse or dependence* // *Psychosomatics*. – 1995. – V. 46. – P. 618-620.
 20. Costello E.J., Costello A.J., Burns B.J., Dulcan M.K., Brent D., Janiszewski S. *Psychiatric disorders in pediatric primary care* // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1988. – V. 45. – P. 1107-1116.
 21. Cooper P.J., Goodyer I. *A community study of depression in adolescent girls. I...* // *The Brit. Journal of Psychiatry*. – 1993. – V. 163. – P. 369-374.
 22. Deykin E.Y. et al. *Depressive illness among chemically dependent adolescents* // *Am. J. Psychiatry*. – 1992. – V. 149. – P. 1341-1347.
 23. Fawcett J., Kravitz H. *The long-term management of bipolar disorders with lithium, carbamazepine, and antidepressants* // *J. Clin. Psychiatry*. – 1985. – V. 46. – № 2. – P. 58.
 24. Feehan M., McGee R. *Mental health disorders from age 15 to age 18-years-olds* // *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. – 1993. – V. 34. – P. 851-867.
 25. Каннабих Ю.В. *Циклотимия*. – Печать Яковлева, 1914.
 26. Плетнев Д.Д. *К вопросу о «соматической циклотимии»* // *Русская Клиника*. – 1927. – Т. 7. – вып. 36. – С. 496.
 27. Ануфриев А.К. *Скрытые эндогенные депрессии. Сообщение 2. Клиническая симптоматика* // *Журнал невропатологии и психиатрии*. – 1970. – вып. 6. – С. 941-947.
 28. Савенко Ю.С. *Скрытые депрессии и их лечение: методические рекомендации*. – Москва, 1978. – 13 с.
 29. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. *Аффективные психозы*. – Л., 1988.
 30. Коллач И.Л. *Особенности клиники и прогноза депрессивных состояний, манифестирующих в подростковом возрасте (клинико-катамнестическое исследование): дис. канд. мед. наук*. – М., 1986.
 31. Fombonne E. et al. *Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression, part 1* // *The British Journal of Psychiatry*. – 2001. – V. 179. – P. 210-217.
 32. Fombonne E. et al. *The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression, part 2* // *The British Journal of Psychiatry*. – 2001. – V. 179. – P. 218-223.
 33. Keitner G.I. et al. *12-month outcome of patients with major depression and comorbid psychiatric or medical illness (compound depression)* // *Am. J. Psychiatry*. – 1991. – V. 148. – P. 345-350.
 34. Pine D.S. et al. *Adolescent Depressive Symptoms as Predictors of Adult Depression: Moodiness or Mood Disorder?* // *Am. J. Psychiatry*. – 1999. – V. 156. – P. 133-135.
 35. Pine D.S. et al. *The Risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders* // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1998. – V. 55. – P. 56-64.
 36. Aalto-Setälä T. et al. *Depressive Symptoms in Adolescence as Predictors ...* // *Am J Psychiatry*. – 2002. – V. 159. – P. 1235-1237.
 37. Кашиникова А.А., Татарова И.Н. // *Сб. «Вопросы терапии и социальной реабилитации при психических заболеваниях у детей и подростков»*. – М., 1994. – С. 71.
-
-

ТЕЗИСЫ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ

Е.Б. Байкенов

руководитель патентно-информационного отдела РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (РК)

Последние два десятилетия ознаменовались повсеместным распространением Интернета, как в профессиональной, так и обыденной жизни десятков миллионов людей (Менделевич В.Д., 2003).

Определённые характеристики, которые делают интернет-функции аддиктивными, были описаны несколькими авторами (Купер, 1998; Young, Pistner, O'Mara, & Buchanan, 1999; Orford, 2005). Купер в «Тройном механизме» описывает как доступ, доступность и анонимность повышают захватывающие качества on-line эротика. Точно также К. Янг в «АСЕ model» (анонимность, удобство, и уход от реальности) описывает свойства интернет-функций, которые усиливают аддиктивный потенциал. Наконец, Орфорд утверждал, что доступность, возможность быстро достигнуть интенсивной эмоциональной награды и элемента непрерывности, - это функции, которые могут сделать on-line действия аддиктивными. Данные модели указывают, что Интернет – это лёгкий, очень доступный и дешёвый способ немедленно удовлетворить множество потребностей. Субъективная анонимность понижает пороги и стимулирует растормаживание (Suler, 2004) и может использоваться как уход из повседневной жизни и побег от проблем.

А.Е. Войскунский (2000) указывает, что интернет-аддикция не подчиняется закономерностям формирования химических зависимостей. В частности сроки формирования интернет-зависимости сокращены более резко, чем при химических зависимостях. Так автор, ссылаясь на исследования К. Янг, приводит следующие данные: 25% аддиктов приобрели зависимость в течение полугода после начала работы в Интернете, 58% - в течение второго полугодия, а 17% - вскоре по прошествии года.

Среди психологических особенностей интернет-зависимых лиц авторы выделяют интраверсию, повышенный уровень социальной фрустрирован-

ности, тревожность, сензитивность, эмоциональную неустойчивость, низкий самоконтроль (Спиркина Т.С., 2008). По мнению Л. Пережогина (2005), одним из механизмов, обуславливающим выраженную интернет-зависимость, является создание виртуальных образов, зачастую очень далёких от реального образа. По мнению Дж.Б. Уолтер (1999), интернет-зависимым лицам присуща неясность самопрезентации и самоидентификации и неясность в сексуальных ролях. (Асмолов А.Г., Цветкова Н.А., Цветков А.В., 2004). В исследованиях А. Жичкиной (2001) обнаружены проблемы в плане принятия своего физического Я.

Применение компьютерных сетей ведёт к структурным и функциональным изменениям в психологической структуре деятельности человека. Эти изменения затрагивают познавательную, коммуникативную и личностную сферы, что ведёт к сужению социальных связей вплоть до одиночества, сокращению внутрисемейного общения, развитию депрессивных состояний к неадекватным эффектам в процессах социальной перцепции и др. (Kraut et al., 1998; Арестова О.Н., Бабанин Л.Н., Войскунский А.Е., 2000). Также, среди психологических изменений навязчивого использования Интернета А.Г. Асмолов и др. (2004) указывают на то, что смысловая составляющая коммуникации подвергается редукции, уступая место примитивно-эмоциональным переживаниям.

Последние годы Интернет приобретает всё большее значение среди средств коммуникации, обеспечивая быстрый доступ к необходимой информации, а также возможность быстрого обмена информацией, что является одним из достоинств Интернета. Однако наряду с этим возрастает число навязчивого использования данного ресурса, что определяет актуальность изучения данной проблемы.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар (РК)

В ходе реализации многолетней программы по разработке механизмов управления качеством наркологической помощи (Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН), 2002-2010 гг.) нами были сформулированы основные требования к подготовке специалистов, занятых в данной сфере деятельности.

1. Общий уровень (знания – умения – навыки) подготовки, спецификация профилей и образовательных программ должны выводиться из системы профессиональных стандартов в сфере оказания наркологической помощи. В данной системе, за счёт использования стандарта мониторинга, определяется истинная потребность населения в ассортименте, объёме и качестве профильных услуг. На основании этого формируются стандарты требования к спецификации и квалификационным требованиям к специалистам, занятым в данной сфере деятельности (организаторам, врачам-наркологами, психотерапевтам, психологам, специалистам по социальной работе и социальным работникам, консультантам по зависимостям, среднему медицинскому персоналу, аутрич-работникам). И далее, на основании всего вышеизложенного – то есть стандартов мониторинга, услуг, квалификации – формируется стандарт профессиональной подготовки специалистов наркологического профиля, адекватный ожиданиям конечного потребителя.
2. Стандарты подготовки – додипломной, последипломной, дополнительной и непрерывной подготовки – кроме того, должны быть дифференцированы по этапам оказания наркологической помощи (профилактического, первичной наркологической помощи, амбулаторного лечения и реабилитации, стационарного лечения и реабилитации, противорцидивной и поддерживающей терапии), нозологической и возрастной специфике, а также в зависимости от сектора оказываемой наркологической помощи:
 - немедицинского (НПО);

– медицинского – добровольного, недобровольного, пенитенциарного.

Такого рода дифференциация представляется уместной в программах дополнительной и непрерывной подготовки.

3. Особый акцент в программах профессиональной подготовки должен быть сделан на технологиях форсированного развития свойств психологической устойчивости к первичному и повторному вовлечению в зависимость от психоактивных веществ (ПАВ), обеспечивающих, в конечном итоге, длительность и качество ремиссии у резидентов соответствующих реабилитационных программ.
4. Программы профессиональной подготовки специалистов наркологического профиля, в связи со всем изложенным, должны включать: эффективные тренинги личностного самопознания и роста, личную терапию; практику интервизии и супервизии; участие в балинтовских группах; курсы профессиональной экологии, профилактирующие развитие синдрома эмоционального выгорания – наиболее часто встречающегося у профессионалов, занятых в данной сфере.
5. Отдельным и крайне важным вопросом является разработка образовательных программ, масштабная подготовка медицинского и иного персонала общей сети по вопросам наркологического консультирования – технологии эффективного мотивационного информирования пациентов с признаками зависимости на прохождение полноценных курсов лечения и реабилитации. Что, в итоге, должно существенно повысить выявляемость и обращаемость в наркологические учреждения.
6. Лицензионный допуск к реализации программ профессиональной подготовки специалистов наркологического профиля должны получать лишь те коллективы и учреждения, которые прошли жёсткий конкурсный отбор, в том числе и по результатам супервизорской оценки.

О ПЕРСПЕКТИВАХ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ В РК

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар (РК)

Анализ ситуации и основных тенденций развития в сфере здравоохранения показывает, что в ближайшие годы (по нашим расчётам – в ближайшие 10-12 лет) данный важнейший сектор социального развития ожидают серьёзные качественные изменения.

Этому способствуют:

- беспрецедентный объём средств, вкладываемых в развитие наук о человеке, разработку биотехнологий, в существенной степени восполняющих фрагменты утрачиваемого здоровья;
- растущее понимание того, что в современном мире в условиях деградации естественных саногенных механизмов основным регулятором уровней адаптации человека к агрессивной среде является самоорганизующая деятельность субъекта и общества; система здравоохранения, в связи с этим, рассматривается как основной инструмент деятельности социума по активному формированию искомым уровней индивидуального и социального здоровья;
- осознание того, что здравоохранение должно стать наиболее динамичной сферой инновационного опыта;
- выводимая из этого необходимость кардинальных перемен в системе стимулирования профильной инновационно-научной, образовательной, практической деятельности.

Набирающая обороты динамика движения по обозначенному вектору развития, в конечном итоге, приведёт к формированию беспрецедентного по своему объёму, социально-ориентированного уровня здоровья, в условиях которого в наиболее выигрышной ситуации окажутся генераторы инновационных технологий.

В связи со всем сказанным, необходимы специальные меры по стимулированию инновационной деятельности, развитию медицинской науки и образования в Республике Казахстан (РК), которые решат и другие системные проблемы в данной сфере:

- 1) вопросы адекватного финансирования, привлечения заинтересованных бизнес-структур, организации эффективного – государственного – частного партнерства;
- 2) сохранения и развития кадрового потенциала;

- 3) подлинной интеграции науки, образования и практики;

- 4) обеспечения качества научных исследований.

Нами предлагается следующий ключевой механизм системного решения вышеперечисленных проблем для экспериментальной апробации:

- с учётом всех вышеперечисленных тенденций по формированию социально-ориентированного рынка здоровья, концепция определения стоимостных значений инновационных медицинских услуг должна радикально измениться; т.е. каждая инновационная услуга, помимо чисто манипуляционной составляющей, оцениваемой прямыми затратами на ее реализацию, имеет главную – информационную составляющую, складывающуюся из наукоемкого и образовательного компонентов, и оцениваемую стоимостными значениями объемов и качества восстановленного здоровья;

- схема экспериментального финансирования должна предусматривать:

- 1) компенсацию прямых затрат и оговоренную часть выплатного бонуса от стоимости объёма и качества восстановленного здоровья лечебно-профилактической организации, где реализована инновационная услуга;

- 2) оговоренную часть выплатного бонуса от стоимости восстановленного объёма и повышения качества здоровья научному учреждению и конкретному сотруднику, разработавшему и внедрившему инновационную технологию, а также – образовательному учреждению, осуществлявшему соответствующую подготовку медицинского персонала; в данной схеме непосредственное финансирование научных и образовательных учреждений (базовое, грантовое) рассматривается как прямые государственные инвестиции, а финансирование за счёт выплатных бонусов – как механизм реального экономического стимулирования инновационной деятельности;

- далее, должны быть оговорены временные ограничения действия выплатных бонусов – не более 3-4-х лет от момента внедрения, что, во-первых, будет способствовать ускоренному и масштабному внедрению соответству-

-
-
- ющих инноваций, а во-вторых, стимулировать новые поиски;
 - соответственно, должны быть разработаны условия нормативного и законодательного обеспечения такого рода организационного эксперимента, способы масштабной институализации в случае успешной реализации данного проекта;
 - соответствующие нормативные разработки должны быть внесены на утверждение в Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».
- Следует отметить, что предлагаемый способ решения основных проблем медицинской науки и об-

разования РК – экономический. Однако именно это обстоятельство и является его главным преимуществом, поскольку многолетняя практика показывает, что любые предложения по улучшению структурных, организационных, технологических, кадровых характеристик в рассматриваемой сфере, лишённые экономической составляющей, обеспечены на провал. В то же время адекватное решение вопроса экономической целесообразности инновационной деятельности в контексте социально-ориентированного рынка здоровья приведёт к существенному повышению конкурентоспособности казахстанской медицинской науки в течение ближайших нескольких лет.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар (РК)

В ходе многолетней исследовательской работы, проводимой Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МПН), нами были сформулированы следующие принципы эффективной психотерапии лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ).

Психотерапевтические интервенции должны быть дифференцированными в зависимости от этапов оказываемой наркологической помощи: 1) профилактического; 2) первичной наркологической помощи; 3) амбулаторного лечения и реабилитации; 4) стационарного лечения и реабилитации; 5) противорецидивной и поддерживающей терапии.

Универсальные задачи, решаемые на всех этапах оказания наркологической помощи, при этом следующие:

- формирование конструктивной и устойчивой мотивации на участие в программах первичной помощи, отказ от употребления ПАВ и трезвость в ближайшей и отдаленной перспективе, достижение конструктивных жизненных целей и формирование устойчивых ресурсных состояний;
- формирование адекватных представлений о наркологической болезни, характеристиках здоровья и методах и путях освобождения от зависимости; форсированное развитие свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ.

Оказываемая психотерапевтическая помощь должна быть эффективной и в решении следующих осознаваемых и неосознаваемых типичных проблем, выявляемых у зависимых лиц.

Неосознаваемые проблемы: укоренение в конфронтационных стратегиях поведения, обычно принимаемых за «типичные» личностные изменения у химически зависимых лиц; перегруженность деструктивными сценариями, отсутствие реальных сценариев освобождения от зависимости.

Осознаваемые проблемы:

- 1) на этапах первичной наркологической помощи: постоянное или эпизодическое влечение к ПАВ, общее «плохое» самочувствие, неустойчивое настроение с компонентами ангедонии, дисфории;
- 2) на этапах амбулаторной и стационарной реабилитации: заниженная самооценка, базисная неуверенность в себе, перегруженность виной и обидой, неумение выстраивать отношения, конфликтность в ближайшем окружении, страх перед выпиской, страх возврата влечения, страх перед необходимостью «нормальной жизни»;
- 3) на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии: нехватка сил, энергии, ощущение внутренней, не заполняемой пустоты, неопределенность, отсутствие «точки опоры» в жизни.

Сложность совмещения универсальных и специальных задач, ориентированных на конкретные запросы пациентов, должна преодолеваться за счёт использования специальных техник – «окон», открывающих оба значимых вектора психотерапевтических интервенций.

Наиболее адекватным, в связи с этим, представляется направление стратегической полимодальной психотерапии, являющееся, по существу, интегративным (т.е. опирающимся на универсальный глубинный уровень психотерапевтической коммуникации, обеспечивающий гиперпротекцию технических действий), но и включающим такие психотерапевтические модальности, как: мотивационная, когнитивно-поведенческая, проблемно-ориентированная, групповая, гипно-суггестивная, психодрама, телесно-ориентированная, транзактный анализ, гештальт-терапия, арт-терапия, логотерапия, психическая саморегуляция, семейная психотерапия, духовно-ориентированная, трансперсональная психотера-

пия. При этом «сквозными» модальностями, в общие контексты которых «закладываются» соответствующие технические блоки, являются первые три.

Основным условием успешной реализации психотерапевтической помощи является высокий уровень профессиональной подготовки специалистов, которая должна предусматривать: длительные и глубокие тренинги личностного самопознания и роста; продолжительную и эффективную личную терапию; супервизорскую практику; участие в балинтовских группах.

Результаты должны оцениваться с использованием комплексной методологии, предусматривающей анализ, как минимум, 7-и классов индикаторов, отражающих эффективность специализированной психотерапевтической помощи.

Состоятельность вышеприведенных принципов доказана на материале трех диссертационных работ, прошедших успешную защиту в Республике Казахстан и Российской Федерации.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ЗАВИСИМЫМ ЛИЦАМ: ОТ НАРКОЛОГИИ К АДДИКТОЛОГИИ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар (РК)

В настоящее время рассматриваются различные варианты развития системы наркологической помощи населению – от моносекторального, предусматривающего функционирование наркологической службы либо в виде оформленного института, самостоятельно действующего в системе здравоохранения, либо в виде подчиненного института, действующего в системе психиатрической помощи, до мультисекторального, предусматривающего значительное многообразие видов, форм и подходов оказания наркологической помощи, выходящих за рамки деятельности отдельных служб и системы здравоохранения в целом.

При этом сильной стороной первого подхода является централизация, управляемость и возможность системного мониторинга наркологической ситуации (в тех пределах, которые допустимы для государственного сектора здравоохранения). Очевидно слабая сторона подхода – несоответствие реальным потребностям и ожиданиям зависимых лиц, ориентированных, прежде всего, на безопасность, доступность и качество предоставляемых

услуг. В условиях персонифицированного учета, являющегося обязательным атрибутом наркологической службы в РК, полноценное удовлетворение данных требований изначально не представляется возможным.

Очевидно слабой стороной мультисекторального подхода является отсутствие возможностей централизованного мониторинга наркологической ситуации и управления качеством процесса оказания наркологической помощи. Вместе с тем, данный подход более соответствует специфике наркологических расстройств и в значительной степени отвечает требованиям безопасности (т.е. отсутствия персонифицированного учета) при оказании профильных услуг.

Многолетние исследования, проводимые в рамках научно-технических программ Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) 2002-2011 гг., убеждают в том, что основные перспективы развития системы наркологической помощи населению РК связаны с учетом подлинной специфики основ-

ных клинических проявлений и распространения аддиктологических расстройств, объединяемых в общий кластер по «корневому» признаку. Такого рода специфика в значительной степени отличается от каких-либо иных форм биологической или психической патологии и поэтому требует решительного отказа от стандартных подходов в организации помощи лицам с признаками химической и деструктивной психологической зависимости, препятствующих эффективному противодействию эпидемического процесса распространения данной патологии.

Наши исследования показывают, что наиболее эффективными организационными принципами в данном случае будут:

- 1) этапный принцип;
- 2) секторальный принцип;
- 3) кластерный принцип.

Этапный принцип оказания аддиктологической помощи подразумевает её дифференциацию по следующим позициям: этапы первично-профилактической помощи; первичной аддиктологической помощи; амбулаторного лечения и реабилитации; стационарного лечения и реабилитации; противорецидивной и поддерживающей терапии (итого 5 дифференцируемых этапов). При этом на первых двух этапах никакого персонифицированного учёта не ведётся, что особенно важно с точки зрения выявляемости и охвата профильного контингента наиболее востребованными видами помощи.

Секторальный принцип подразумевает следующую специфику: сектор добровольной аддиктологической помощи, оказываемой в системе здравоохранения (государственной и частной); сектор недобровольной аддиктологической помощи, оказываемой на основании соответствующего решения суда о принудительном лечении в системе Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) или пенитенциарной системе; сектор немедицинский аддиктологической помощи, оказываемой неправительственными организациями (НПО), общественными фондами и организациями. Такого рода секторальный принцип способствует полноценному охвату труднодостижимых категорий пациентов, которые, с одной стороны, уклоняются от лечения и совершают правонарушения, а с дру-

гой – испытывают часто обоснованное недоверие к медицинским учреждениям, действующим в системе МЗ РК. Ключевым вопросом здесь является заключение партнерских соглашений между немедицинскими учреждениями, оказывающими аддиктологическую помощь, с региональным аддиктологическим центром по вопросам подготовки персонала и ресурсной поддержке такого рода деятельности. А также решение вопроса о предоставлении такими учреждениями общей, неперсонифицированной информации о движении клиентов аддиктологического профиля (что можно прописать в соответствующих нормативных – лицензионных или иных – документах).

Кластерный принцип организации аддиктологической помощи предполагает тесное сотрудничество следующих профильных структур:

- 1) государственные и частные медицинские учреждения аддиктологического профиля;
- 2) учреждения, центры и кабинеты психотерапевтического и консультативно-психологического профиля, оказывающие необходимую помощь клиентам с аддиктологическими проблемами;
- 3) учреждения саногенного профиля – центры здорового образа жизни (ЗОЖ), центры здоровья и пр., – принимающие участие в реализации этапа первично-профилактической аддиктологической помощи.

Профильная деятельность обозначенных структур должна координироваться региональным аддиктологическим центром и, в обязательном порядке, включать компоненты многоуровневого мониторинга аддиктологической ситуации в регионе, а также – ресурсную (информационную, образовательную) поддержку.

Кластерный принцип организации помощи лицам с признаками аддиктивных расстройств будет способствовать полноценному выявлению и охвату данного контингента такими востребованными видами помощи, как консультативная и психотерапевтическая.

Таким образом, с реализацией обозначенных принципов будет адекватно решена основная системная проблема – несоответствие оказываемой помощи специфике и потребностям основного контингента лиц с аддиктологическими расстройствами.

СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ПОЛИМОДАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар

Стратегическая полимодальная психотерапия (СПП) является одним из основных направлений разрабатываемого нами психотерапевтического подхода, адекватного потребностям населения в данном специфическом виде помощи.

СПП ориентирована, прежде всего, на удовлетворение растущего запроса населения:

- 1) на обеспечение высокого качества жизни и активного долголетия;
- 2) на эффективную самоорганизацию и саморегуляцию;
- 3) на преодоление хронических заболеваний за счет долговременной мобилизации защитных сил организма;
- 4) на достижение устойчивого ресурсного состояния, помогающего справиться с высокими нагрузками;
- 5) на эффективное управление стрессами и конфликтами.

Специфика такого рода запроса требует долговременных терапевтических отношений и специальной стратегии их реализации. Другой особенностью данного запроса, согласно нашим исследованиям, является то обстоятельство, что актуализация соответствующей потребности происходит после успешной психотерапевтической работы с конкретной проблемой, заявляемой клиентом, в формате экспресс-психотерапии. Таким образом, формируется вера клиента в возможности психотерапии и мотивация на дальнейшую работу с более масштабными жизненными задачами.

Основные идеи, сформированные в рамках СПП и способствующие успешной реализации долговременного клиентского запроса, следующие:

- идея саногенной гиперпластики, достигаемой за счёт первичной активизации нейрогенеза (актуализируется система стволовых клеток мозга, стимулируется нейрогенез в тех участках мозга, которые ответственны за деятельность пораженных органов и систем) и вторичной актуализации саногенных процессов на уровне целостного организма, ответствующих органов и систем (актуализируется си-

стема депонированных стволовых клеток организма, происходит интенсивная регенерация пораженных органов и систем);

- идея управления биологическим временем через психологическое время, реализуемая за счёт использования соответствующих сценариев второй и третьей молодости, техник блокирования катализаторов старости, техник активизации катализаторов молодости; техник активного воображения);
- идея актуализированного ресурсного личностного статуса как главного компонента эффективной самоорганизации;
- идея синергетической базисной стратегии адаптации с возможностью достижения множественной гиперпластики – как основного ресурсного потенциала субъекта.

Технические блоки стратегической полимодальной психотерапии, специально разработанные для работы с долговременными ресурсными запросами клиентов, ориентированы по основным проблемным секторам. Наиболее интересным и перспективным, с позиции всего вышеизложенного, представляется блок самопсихотерапии (который, в нашем случае, не следует путать с саморегуляцией), с возможностью диссоциации личностных статусов «Я – ресурсный/-ая», «Я – нуждающийся/-ая в помощи и поддержке», их последующей активности в режиме терапевтического диалога.

В настоящее время нами разработана исследовательская программа по определению эффективности СПП, предусматривающая, в частности, лонгитудинальное исследование когорты пациентов с такими хроническими заболеваниями, как диабет, сердечнососудистые заболевания, онкопатология.

Основные сложности с реализацией данного проекта связаны с долговременными сроками наблюдения, формированием контрольных групп и групп сравнения, где поведилась работа с использованием других терапевтических подходов и технологий.

К ВОПРОСУ ОБ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ КАК ОДНОЙ ИЗ ФОРМ НЕХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИИ

А.А. Кусаинов	руководитель сектора доказательной медицины РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар (РК)
Т.У. Саидов	врач – нарколог ГКП на ПХВ «Павлодарский областной центр профилактики и лечения зависимых заболеваний»

На сегодняшний день отмечается неуклонный рост числа пользователей компьютерами и Интернетом, современный человек взаимодействует с компьютером и компьютерными сетями на рабочем месте и дома, с целью осуществления той или иной деятельности или для развлечения, в стационарных условиях и при передвижении. Неудивительно, что взаимодействие между пользователями компьютером и информационными технологиями привело к появлению качественно нового психологического феномена – зависимости от Интернета (Интернет-аддикция, нетаголизм, кибераддикция, виртуальная аддикция) (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1993).

При увлечении компьютерами имеет место изменение личного психического состояния, достигнутого сосредоточением на определенном предмете (компьютере) и связанной с ним деятельностью, что сопровождается развитием субъективно приятных эмоциональных состояний: чувства эмоционального возбуждения, волнения, подъема или релаксации. Таким образом, достигается начало желаемых эмоциональных изменений, возникает ощущение контроля над собой и ситуацией, чувство удовлетворенности жизнью. Увлечение компьютером становится стилем жизни, доминирует и вытесняет другие виды деятельности. Если в обычных ситуациях люди используют компьютеры утилитарно, для удобства, комфорта, то для «сверх увлеченных» лиц тот же компьютер, который вовлекается в аддиктивное звено, становится всё более

значимым, всё более удовлетворяющим эмоциональные потребности аддиктов, что приводит к разрушению эмоциональных отношений с другими людьми. Это выражается в уменьшении дружелюбности, в отходе от реальной жизни, в росте изоляции от других людей, которые не входят в круг подобных любителей компьютерной техники. У лиц, зависимых от компьютеров, круг интересов, не связанных с компьютером, Интернетом, сужается. Происходит процесс, во время которого человек не только не решает важных для себя проблем (например, бытовых, социальных), но и останавливается в своём личностном развитии. Важно отметить, что аддиктивная реализация включает в себя как аддиктивные действия, так и мысли о возможности ухода от реальности (Рыбальский М.И., 1989; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Hubbard B.G., 1993; Glodauer W., 1996; Beard K., Wolf E., 2001).

Таким образом, интернет-аддикция обладает признаками других нехимических и химических аддикций. Большинство авторов рассматривают интернет-аддикцию как самостоятельную форму нехимической зависимости со своими специфическими клиническими проявлениями. Проведенные в настоящее время исследования не раскрывают в достаточной мере клинической картины данного расстройства. Приоритетными направлениями дальнейшего изучения интернет-аддикции должны быть «универсализация» диагностических критериев и разработка эффективных методов профилактики и психокоррекции.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Ж.К. Мусабекова	руководитель отдела биостатистики РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар (РК)
-----------------	---

Данное исследование направлено на изучение взаимосвязи дефицитов психологического здоровья с рисками вовлечения в социальные эпидемии (пси-

хологические зависимости) у лиц с химической зависимостью и включает в себя обнаружение корреляционных взаимосвязей между обозначенными

дефинициями. В исследовании принимали участие клиенты с верифицированным диагнозом химической зависимости (F 10-19, МКБ-10, 1994), проходящие лечение в отделении психотерапии и реабилитации Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦМСПН).

Общий размер выборки в исследуемой популяции составил 52 человека. Существуют различные взгляды на этиологические (причинные) модели химических и психологических зависимостей. Исторически исследована и более подробно описана зависимость от психоактивных веществ (ПАВ), закономерной представляется попытка соотнесения знаний о химической зависимости на зависимость психологическую. Важно рассматривать индивида с позиции «аддиктивной уязвимости», которая понимается как совокупность врожденных и/или приобретенных (наследственных, биологических, психологических, и психопатологических факторов), способствующих низкой сопротивляемости и облегченному формированию той или иной формы зависимого поведения у индивида. Проблема взаимопроникновения, взаимовлияния и «перекрестного» вовлечения в зависимости разного вида – будь то химическая или психологическая зависимости – является темой обсуждения настоящей действительности (Катков А.Л., 2011). Общеизвестно, что при прекращении одного поведенческого паттерна зависимо-

го поведения, например во время воздержания от употребления ПАВ, клиент с лёгкостью приобщается к другому виду зависимости: игровой, азартной, религиозной, вплоть до вовлечения в сектантство, террористические группировки и т.п.

По результатам исследования было выявлено, что клиенты, имеющие химическую зависимость, имеют ярко выраженный риск вовлечения в психологические зависимости, в частности - в телевизионную, любовную, религиозную. В целом общая склонность к вовлечению оказалась в пределах среднего риска.

В настоящее время описан ряд расстройств, привычек и влечений, пока не включённых в рубрику F 63.0 (МКБ-10, 1994). К ним отнесены: дромомания, патологическое коллекционирование, патологическая любовь, влечение к риску, зависимость от культур, трудоголизм и др. психологические зависимости. Некоторые исследователи предлагают объединять расстройства аддиктологического уровня в единый раздел. В частности Ворошилин С.И. (2008) считает, что «...вероятнее всего расстройство целесообразно объединить в один класс *расстройств влечений* с явлениями зависимости, который должен быть представлен расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (F1), злоупотребления веществами, не вызывающими зависимости (F55), расстройствами привычек и влечений (F63), расстройствами половой идентификации (F64).

АСПЕКТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ТЕХНОЛОГИЯХ ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.З. Нургазина	руководитель отдела менеджмента научных исследований РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар (РК)
К.Ж. Алина	эксперт по психологии отдела менеджмента научных исследований РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (РК)
С.Н. Бугаенко	участковый врач – психиатр диспансерного отделения ГУ «Рудненская городская психиатрическая больница»

В ходе проведения масштабных эпидемиологических, экспериментально-психологических и клинических исследований (Катков А.Л., 2001; Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2003; Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2004; Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2005) были идентифицированы следующие личностные свойства, высокий уровень развития которых обеспечивал устойчивость в агрессивной среде:

- 1) полноценное завершение личностной идентификации;
- 2) наличие позитивного (идентификационного) жизненного сценария;
- 3) сформированность навыков свободного и ответственного выбора;
- 4) сформированность внутреннего локуса контроля;

- 5) наличие психологических ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария;
- 6) наличие адекватной информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным жизненным сценариям.

Согласно тезису данной концепции, психологическое здоровье представляет собой качественную составляющую категории психического здоровья, обеспечивающую возможность адекватной адаптации и свободного развития индивида в агрессивной среде. Таким образом, понятие «психологическое здоровье» отнюдь не сводимо к набору базисных характеристик психических процессов (сознание, память, внимание, мышление, поверхностная рациональность и пр.), обеспечивающих возможность появления субъектности как таковой. Уровень организации психического здоровья, имеющий непосредственное отношение к феномену психологического здоровья, в данной концепции обозначен как индивидуально-пластический (Катков А.Л., 2004).

Основным идеологическим стрержнем данной стратегии является функциональная концепция психологического здоровья со следующими характеристиками:

– базисные категории данной концепции – индивидуальное и социальное психологическое здоровье – выстраиваются по принципу антагонистической взаимозависимости с рисками вовлечения в наиболее деструктивные социальные эпидемии;

– предельно-прагматическая ориентация обеспечивается тем обстоятельством, что в фокусе внимания данной концепции находятся зависимые переменные (т.е. психологические характеристики, на которые можно воздействовать в краткосрочной и среднесрочной перспективе), которые и представляют наиболее существенные факторы риска вовлечения населения в деструктивные процессы;

– данные психологические характеристики – определенные свойства психики индивида, высокий уровень развития которых эффективно препятствует, а низкий – способствует вовлечению в социальные эпидемии в условиях агрессивной среды, – четко идентифицированы с помощью известных психологических терминов и определений, измеряемых апробированными тестами и методиками; имеют статистически достоверный и выраженный антагонистический характер по отношению к доказанным рискам и фактам вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость.

Идентифицированные в масштабных научных и экспериментальных исследованиях свойства являются универсальными качественными характеристиками феномена психического здоровья, адекватными для всех наиболее значимых возрастных групп.

Таким образом, с точки зрения данной концепции, психологическое здоровье (в функциональном значении данного термина) – это способность к эффективной самоорганизации, обеспечивающая устойчивость и адекватную адаптацию человека в агрессивной среде.

УДК 364.652 : 343.341

К ВОПРОСУ ОБ АКТУАЛЬНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЙ

А.З. Нургазина	руководитель отдела менеджмента научных исследований РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар (РК)
К.Ж. Алина	эксперт по психологии отдела менеджмента научных исследований РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (РК)
Е.Е. Кервенов	заведующий ЦВАД, г. Аксу (РК)

В последние десятилетия пристальное внимание мировой общественности и, особенно, политических, военных, научных, экономических и культурных элит привлекают такие кризисные и масштабные социальные явления, как: 1) наркозависимость;

2) религиозный и политический экстремизм; 3) терроризм; 4) вовлечение в криминальные сообщества и деструктивные секты; 5) игромания.

В эпоху глобализации и проникновения информационных технологий в жизненное пространство каж-

дого человека эти, до поры изолированные и разрозненные, явления приобретают характер неконтролируемых социальных эпидемий с вовлечением в них от 7% до 10% населения планеты. Беспрецедентные темпы и масштабы распространения данных социальных явлений свидетельствуют о недостаточной эффективности противодействующих усилий. В связи с этим приходится констатировать наличие дефицита возможностей аргументированной и реалистичной трансформации существующих социальных технологий с акцентом на эффективное противодействие вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, как основного условия стабильного развития в современном мире.

Степень деструктивного влияния упомянутых социальных эпидемий на общественное здоровье, социальную стабильность, экономику и политику в ряде стран и регионов, а в конечном итоге на мировой порядок в целом такова, что вынуждает квалифицировать данную проблему как один из глобальных вызовов эпохи.

Актуальным является проведение масштабных исследований, способствующих преодолению вышеназванных дефицитов.

Концептуальные и методологические прорывы особенно необходимы, поскольку именно новые технологии должны обладать колоссальным потенциалом как для развития и самореализации, так и должны стать мощным деструктивным потенциалом в отношении формирования новых типов зависимостей, а также сверхбыстрого распространения уже известных социальных эпидемий (Елшанский С.П., 2005; Райхман П.П., 2007).

В связи со всем изложенным – назрела необходимость в создании и разработке эксперименталь-

ной модели стандарта первичной профилактики распространения социальных эпидемий для системы образования, включающей в себя технологии психолого-психотерапевтической помощи для лиц с психологической зависимостью, с рисками вовлечения в социальные эпидемии, должна стать одним из важных компонентов данной модели.

Первичная профилактика вовлечения в социальные эпидемии предусматривает поэтапную реализацию следующих технологий:

- 1) диагностику уровней психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии;
- 2) дифференциацию основных фокус-групп:
 - группа лиц с высоким и средним уровнем психологического здоровья – устойчивости;
 - группа лиц с низким уровнем психологического здоровья – устойчивости;
 - группа лиц с признаками формирования патологического пристрастия к азартным играм.

В создании модели первичной профилактики будут использованы следующие технологии:

- а) специальные тренинги по форсированному развитию свойств психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии;
- б) аддиктологическое консультирование;
- в) семейное консультирование в рамках программы «Семья и школа вместе» (FAST);
- г) экспресс-психотерапевтические технологии.

Таким образом, данная разработанная модель первичной профилактики вовлечения в социальные эпидемии является актуальной.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В СИСТЕМЕ ИСПОЛНЕНИЯ НАКАЗАНИЯ, МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

Г.А. Садвакасова

руководитель отдела клинической эпидемиологии РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар (РК)

А.С. Каражанова

заведующая экспертным отделом Павлодарского областного центра по лечению зависимых заболеваний, к.м.н., г. Павлодар (РК)

Как показывает международный опыт типичный профиль наркозависимых лиц, оказывающихся в тюрьме, включает в себя: социальную неустроенность (отсутствие жилья, финансов, отношений); употребление разных наркотиков и несколько сроков отбывания наказания в местах заключения; не-

сколько предшествующих попыток лечения с высоким процентом рецидивов; наличие серьезных проблем со здоровьем, включая инфекционные и психические заболевания.

Наиболее значимыми проблемами для осужденных лиц являются:

-
-
- а) до освобождения:
 - употребление наркотиков в тюрьме;
 - употребление наркотиков во время тюремных отпусков;
 - страх рецидива после освобождения; отсутствие комплексной социальной поддержки;
 - б) после освобождения:
 - отсутствие дома; скука как мотивация к употреблению наркотиков;
 - социальная изоляция за пределами среды наркоманов;
 - нереалистичные планы;
 - сложности в решении повседневных проблем;
 - «спонтанное» освобождение из тюрьмы;
 - бесперспективность.

Среди причин рецидивов употребления наркотиков после освобождения чаще указываются: недостаточная подготовка к освобождению и отсутствие того, кто встретит заключенного за воротами тюрьмы после освобождения (Walsh, 2006); устойчивая зависимость от наркотиков и низкая самоэффективность в воздержании в ситуациях с высоким риском (Pelissier and Jones, 2006); высокая частота арестов, повышающая риск повторного заключения; плохие жизненные условия после освобождения. Женщины совершают повторные правонарушения после тюрьмы чаще, чем мужчины. Исследование 30 000 заключенных в Финляндии (Нурийн, 2003) показывает, что через 5 лет после освобождения из мест заключения 45% женщин и 59% мужчин вернулись в тюрьму.

Современная наркологическая служба в системе пенитенциарных учреждений должна рассматривать следующие факторы: один тип лечения не подходит для всех наркозависимых в тюрьме, неэффективность предоставляемых услуг, существующие и ограниченные ресурсы могут использоваться более эффективно.

Международное сообщество согласно, что программы лечения наркотической зависимости могут быть эффективными, если они начались до заключения или во время срока отбытия наказания, основаны на потребностях и ресурсах заключенных, характеризуются достаточной длительностью и качеством, предоставляются мотивированным заключенным, способным прекратить употребление наркотиков.

Являются актуальными, но недостаточно развиты в тюрьмах программы снижения вреда. Основ-

ные подходы в данных программах предусматривают консультирование и образование на темы профилактики заболеваний, передаваемых через кровь: вакцинация гепатита В, лечение гепатита С. Целью такого подхода является сокращение риска инфекционных заболеваний, распространяемых через инъекции наркотиков и сокращение риска передозировки после освобождения.

Таким образом, для эффективного лечения наркозависимости в тюрьме реабилитационные программы должны быть разнообразными, включать в себя различные подходы и комбинации клинических и психологических компонентов; быть достаточно длительными и интенсивными - период лечения важен для результата; сопровождаться качественным долечиванием в тюрьме и после освобождения; включать принцип непрерывности лечения, от момента поступления до возвращения на свободу, обеспечиваемый за счёт беспрепятственного перехода к социальной помощи после освобождения, принцип преемственности, предусматривающий тесную связь и сотрудничество между тюремными и общественными службами для перенаправления пациентов и непрерывной поддержки.

Часто пенитенциарная система не учитывает поддержку во время освобождения. Это приводит к тому, что заключенные не получают необходимой помощи и не готовятся к освобождению. В связи с этим необходима оценка потребностей в поддержке и лечении, которая должна проводиться при поступлении в тюрьму, в течение срока наказания и ещё раз перед освобождением. Стандартизированная оценка позволяет спланировать поддержку для улучшения реинтеграции.

Межведомственное сотрудничество необходимо для эффективного долечивания. Программы долечивания должны проходить одновременно с решением проблем с жильём и занятостью. Незанятые и бездомные бывшие осужденные лица наиболее склонны к рецидивам и повторным правонарушениям. Тюрьмы, службы УДО, органы здравоохранения и лечения наркозависимости, службы занятости и соцобеспечения должны сотрудничать, чтобы удовлетворять различные нужды наркозависимых правонарушителей.

Таким образом, предотвращение рецидивов после освобождения и сокращение рецидивизма среди заключенных – одна из главных проблем программы реабилитации в системе исполнения наказания.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ЗАКЛЮЧЁННЫХ В ТЮРЬМАХ, СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Г.А. Садвакасова	руководитель отдела клинической эпидемиологии РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар (РК)
А.С. Каражанова	заведующая экспертным отделом Павлодарского областного центра по лечению зависимых заболеваний, к.м.н., г. Павлодар (РК)
Т.В. Ким	врач – нарколог ОНЦ, г. Кызылорда
В.К. Жарекеева	врач – нарколог ОНЦ, г. Кызылорда

Обзор американской литературы показывает, что наиболее актуальными для пенитенциарной системы США являются вопросы адаптации заключённых в тюрьме. Дональд Клеммер в книге «Тюремное сообщество» выделяет феномен «призонизации» (от англ. prison - тюрьма), т.е. приспособления долгосрочно лишенных свободы к подкультуре заключённых, и связывает его с идеалами и ценностями тюремной среды. Важно, на наш взгляд, положение Д. Клеммера о том, что в зависимости от тюремных ценностей имеются и различия у заключённых в степени адаптации, приспособления к тюремной субкультуре.

Д. Ирвин и Д. Кресси подвергали исследованию причины затруднений, которые возникают при нейтрализации негативных последствий адаптации из-за влияния различных ценностных ориентаций в преступных группах на бывших своих членов в тюрьме.

Анализируя воздействие различных ценностей на поведение заключённых, Ю. Гальтунг попытался раскрыть типичные реакции заключённых на отношение к тюремной субкультуре. Автор отмечает, что наряду с «бегством в сообщество тюрьмы», «бегством во внешний мир», «бегством к делам», «бегством к искуплению вины», «бегством к заболеваниям», «бегством к нарушениям порядка», выделяется и «бегство в сообщество заключённых». Заключённый активно ищет контакты с другими заключёнными и подчеркивает важность взаимной солидарности. По мнению Ю. Гальтунга, указанные установки не исключают друг друга, так как конкретный заключённый может одновременно или последовательно пользоваться их различными вариантами.

Э. Гофман сделал попытку раскрыть суть и роль интерактивных процессов внутри тотальных институтов, включая акцентирование внимания на возможном ценностно-потребностном характере взаимоотношений между персоналом и обитателями пенитенциарных учреждений, поскольку эти группы придерживаются различных стереотипов и живут в различных культурных слоях. Э. Гофман счи-

тал, что тюрьма, как и любой другой тотальный институт, нивелирует собственную личность, её цели, планы и позитивную адаптацию в среде осуждённых за счёт усвоения новых субкультурных образцов тюремной жизни. В связи с этим он раскрыл механизмы не только первичной (сразу после попадания в тюрьму), но и вторичной (направленной на выживание в тюрьме и превращение под влиянием её субкультуры) адаптации заключённых.

Значительное влияние на адаптацию и поведение заключённых в тюрьме оказывают компоненты мотивационной сферы. Приведем хотя бы один пример о влиянии установок: в четырёх исправительных учреждениях США было проведено исследование поведения заключённых с учётом их агрессивности. Заключённые, склонные к агрессии, вели себя так же и в тюрьме. Но если условия заключения становились жестокими и подавляющими личность, эти заключённые реагировали на них увеличением агрессивности. Те осуждённые, которые жили до осуждения в обстановке культа физического насилия, считавшегося нормальным явлением, лучше адаптировались в исправительных учреждениях карательного типа, где авторитет среди осуждённых основан на насилии, а их агрессивность еще больше возрастала.

С точки зрения особенностей проведения психокоррекционной работы Д. Ирвин выделил шесть категорий заключённых:

- 1) «воры», считающие себя благородными профессионалами, так как совершают кражи избирательно только в отношении богатых и влиятельных;
- 2) «беспринципные воры», которые полагают, что все люди делятся на тех, у кого отбирают, и тех, кто отбирает, и поэтому считают, что могут отнять у любого;
- 3) наркоманы, имеющие физиологическую зависимость от наркотиков, которые живут, чтобы ослабить боль, причиняемую прекращением употребления наркотиков;
- 4) наркоманы, имеющие психологическую зависимость, которые принимают наркотики,

-
-
- чтобы расширить границы восприятия окружающего мира;
- 5) заключенные, не имеющие определенной направленности, которые с легкостью включаются в различные виды деятельности в тюрьме, в том числе и в преступную;
 - 6) социальные сироты, которые провели большую часть своей жизни в детских домах, коррекционных школах, интернатах и других государственных учреждениях по-

добного типа, некоторые из них себя преступниками не считают, так как к причинам попадания в места лишения свободы относят внешние неблагоприятные обстоятельства, главным образом, финансовые проблемы.

Такова одна из распространенных классификаций заключённых в США, учитывающая социально-психологические особенности личности в процессе адаптации в пенитенциарном учреждении.

РЕЗЮМЕ

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОГРАНИЧНОГО УРОВНЯ (теоретический и практический аспекты)

Б.Ж. Юсинова

В статье рассмотрена возможность проведения интерперсональной психотерапии для лечения пациентов с депрессивными расстройствами пограничного уровня. Обсуждена целесообразность этапов проведения интерперсональной психотерапии.

Изложенные в статье данные позволяют более дифференцированно подходить к вопросам реабилитации и профилактики депрессивных расстройств.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ, ПРИМЕНЯЕМОЙ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Т.А. Кусаинова

Статья посвящена описанию диагностического процесса в сфере детской психиатрии. Уделено внимание универсальным механизмам системы «врач – пациент – родитель», существующим в педиатрической практике. Определены особенности аналитического подхода, применяемого в клинике детских ментальных расстройств.

ДЕПРЕССИЯ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ж.С. Ускенбаева

В данной статье представлены современные аспекты депрессии в общемедицинской практике: клиника и терапия.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ (НЕХИМИЧЕСКИХ) ЗАВИСИМОСТЕЙ

Н.В. Асланбекова

В статье приводятся данные о природе феномена «поведенческих» аддикций. Обозначены методологические проблемы, с которыми сталкивается современная аддиктология. Подчеркнута необходимость фундаментального описания клинико-психопатологического профиля поведенческих зависимостей.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В КОМПЬЮТЕРНУЮ ЗАВИСИМОСТЬ У УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ

Е.Б. Байкенов

В статье обсуждаются предварительные данные исследования взаимосвязи психологического здоровья и рисков вовлечения в компьютерную зависимость среди учащихся общеобразовательных школ в возрасте 14-

18 лет. Представлены данные о распространённости рисков вовлечения в компьютерную зависимость, уровне психологического здоровья и взаимосвязи рисков вовлечения в компьютерную зависимость и психологического здоровья.

МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ (на примере «трудоголизма»)

Л.А. Бикетова

В статье даётся определение поведенческих зависимостей. Упомянуется необходимость рассмотрения аддикций вне нозологических рамок. На примере феномена «трудоголизма» проводится рассмотрение нехимической зависимости с позиции феноменологического, этнокультурального и социального подходов.

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГИПЕРАКТИВНОГО СИНДРОМА (литературный обзор)

Т.А. Кусаинова

В статье упоминается о специфических синдромах, встречающихся в практике детского психиатра. Особое внимание уделено описанию гиперактивного синдрома, даны его клинические характеристики и диагностические критерии.

СЕКТОРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Н.В. Мартемьянов

В статье определены особенности функционирования судебной психиатрии и наркологии как области прикладных знаний. Очерчен круг проблем, определяющих «фасад» судебно-наркологической и судебно-психиатрической экспертизы и касающихся индикаторов процесса и результата.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ В СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ НА ПРИМЕРЕ ФЕНОМЕНА «СИМУЛЯЦИИ» (литературный обзор)

Н.В. Мартемьянов, С.Б. Бисеналиев, Д.Е. Аяганова

В статье отражены основные аспекты постановки диагноза в судебно-психиатрической практике посредством дедуктивного метода. На примере разбора феномена «симуляции» проведен структурный анализ дифференциально-диагностического поиска.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПАРАДИГМЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Н.В. Мартемьянов, С.Б. Бисеналиев, М.В. Прилуцкая-Сущенко, Т.У. Саидов

В статье освещены вопросы организации и клинического функционирования судебной психиатрии. Определён круг универсальных диагностических вопросов, решаемых данной сферой медицины.

МЕТОД ИНТЕРПРЕТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ
(обзор)

К.Р. Сармантаева

В статье рассматриваются вопросы методологии психиатрического диагностического поиска. Акцентируется внимание на ключевом моменте – интерпретации. Дается тезисное определение сути этого процесса с выделением важнейших его составляющих.

К ВОПРОСУ О КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОМ ПРОГНОЗЕ ПОДРОСТКОВЫХ ДЕПРЕССИЙ
(аналитический обзор литературы)

Н.М. Стекольников

В статье представлен обзор литературы относительно клинико-социальных последствий подростковых депрессий с поведенческими масками.

Ключевые слова: подростковые депрессии, поведенческие расстройства.

SUMMARY

PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS OF BOUNDARY LEVEL (theoretical and practical aspects)

B.Zh. Yusinova

In article is considered possibility of the undertaking to interpersonal psychotherapy for treatment patient with depressions frustration border level. Discussed practicability stage undertaking to interpersonal psychotherapy.

Stated in article data will allow more difference approach to questions of the rehabilitations and preventive maintenances depressions frustration.

FEATURES OF THE CLINICAL ASSESSMENT APPLIED IN CHILDREN'S PSYCHIATRY

T.A. Kusainova

Article is devoted to the description of diagnostic process in the sphere of children's psychiatry. The attention is paid to universal mechanisms of system «the doctor – the patient – the parent», existing in pediatric practice. Features of the analytical approach applied in clinic of children's mental disorders are defined.

DEPRESSION IN ALL-MEDICAL PRACTICE

Zh.S. Uskenbayeva

In this article modern aspects of a depression in all-medical practice are presented: clinic and therapy.

CLINIKO-PSYCHOPATOLOGICAL ASPECT OF STUDYING OF BEHAVIOURAL (NOT CHEMICAL) DEPENDENCES

N.V. Aslanbekova

Data on the nature of a phenomenon of «behavioural» addiction are provided in article. Methodological problems which the modern addictology faces are designated. Need of the fundamental description of a clinic-psychopathologic profile of behavioural dependences is underlined.

INTERRELATION OF PSYCHOLOGICAL HEALTH AND RISKS OF INVOLVEMENT IN COMPUTER DEPENDENCE AT STUDENTS OF COMPREHENSIVE SCHOOLS

E.B. Baykenov

In article preliminary these researches of interrelation of psychological health and risks of involvement in computer dependence among students of comprehensive schools at the age of 14-18 years are discussed. Are submitted data on prevalence of risks of involvement in computer dependence, level of psychological health and interrelation of risks of involvement in computer dependence and psychological health.

**METHOD OF A COMPLEX ASSESSMENT OF BEHAVIOURAL DEPENDENCES
(on a «workaholism» example)**

L.A. Biketova

In article determination of behavioural dependences is made. Need of treating of addiction out of a nosological framework is mentioned. On an example of a phenomenon of «workaholism» treating of not chemical dependence from a position of phenomenological, ethno cultural and social approaches is carried out.

**CLINICAL STRUCTURE OF A HYPERACTIVE SYNDROME
(literary review)**

T.A. Kusainova

In article it is mentioned the specific syndromes meeting in practice of the children's psychiatrist. The special attention is given to the description of a hyperkinetic syndrome, its clinical characteristics and diagnostic criteria are given.

SECTORAL PROBLEMS OF JUDICIAL PSYCHIATRY AND ADDICTOLOGY

N.V. Martemyanov

In article features of functioning of judicial psychiatry and an addictology as areas of applied knowledge are defined. The circle of the problems defining «facade» of judicial and narcological and judicial and psychiatric examination and concerning indicators of process and result is outlined.

**DIFFERENTIAL AND DIAGNOSTIC ASPECT IN JUDICIAL PSYCHIATRY
ON AN EXAMPLE OF A PHENOMENON OF «SIMULATION»
(the literary review)**

N.V. Martemyanov, S.B. Bisenaliyev, D.E. Ayaganova

In article the main aspects of statement of the diagnosis in judicial and psychiatric practice by means of a deductive method are reflected. On an example of analysis of a phenomenon of «simulation» the structural analysis of differential and diagnostic search is carried out.

DIAGNOSTIC PARADIGMS OF JUDICIAL PSYCHIATRY

N.V. Martemyanov, S.B. Bisenaliyev, M.V. Prilutskaya-Sushchenko, T.U. Saidov

In article questions of the organization and clinical functioning of judicial psychiatry are taken up. The circle of the universal diagnostic questions solved by this sphere of medicine is defined.

INTERPRETING METHOD IN PSYCHIATRY
(review)

K.R. Sarmantayeva

In article questions of methodology of psychiatric diagnostic search are considered. The attention is focused on the key moment – interpreting. Thesis definition of a short of this process with allocation of its major components is made.

TO A QUESTION OF A CLINIC-SOCIAL FORECAST OF TEENAGE DEPRESSIONS
(state-of-the-art review of literature)

N.M. Stekolnikova

In article the review of literature of rather clinic-social consequences of teenage depressions with behavioural masks is presented.

Keywords: teenage depressions, behavioural disorders.