

Азартные
игры: играть
или не играть?

Сексуальные
гармонии
и дисгармонии

Есть или
не есть: вот
в чем вопрос!

Генетика
и психиатрия



ФЕНИКС

лечебно-реабилитационный
научный центр

НАШ АДРЕС:

344010, г. Ростов-на-Дону,
пр. Ворошиловский, 40/128.
Тел. (863) 267-48-15.
Тел./факс: (863) 267-38-67

www.centerphoenix.ru

РАБОТА
ПСИХИАТРАМ

Сегодня психиатрическая служба Ростовской области представлена Ростовским областным психиатрическим диспансером, а бывшие стационарные учреждения, ранее имевшие автономный статус, стали его филиалами. Недостаток молодых, энергичных специалистов в этой сфере обусловил появление в нашей газете рубрики «Работа психиатрам».

Егорлыкскому филиалу
ГУЗ «Психоневрологический
диспансер» Ростовской области
ТРЕБУЮТСЯ

**ВРАЧИ-ПСИХИАТРЫ,
ДЕТСКИЕ ПСИХИАТРЫ,
ВРАЧИ-ПСИХОТЕРАПЕВТЫ**

для работы в стационаре филиала
и в прикрепленных районах
юга и юго-востока Ростовской области
(Зимовники, Ремонтное, Пролетарск,
Песчанка, Орловка, Целина, Зерноград,
Сальский район, Егорлыкский район)
в количестве пяти человек.

НАШ АДРЕС:

Ростовская область,
ст. Егорлыкская, ул. Войкова, 65,
тел.: 8 (86370) 23-5-63,
22-6-99, 8-905-456-63-38

Обращаться к начальнику
Егорлыкского филиала ГУЗ «Психоневрологический диспансер» Ростовской области **Татьяне Алексеевне БРИЦЫНОЙ**

Волгодонский филиал
ГУЗ «Психоневрологический
диспансер» Ростовской области

**ПРИГЛАШАЕТ
ДЛЯ ИНТЕРЕСНОЙ
ТВОРЧЕСКОЙ РАБОТЫ**

**ГРУППУ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ
(желательно наличие интернатуры/
ординатуры + сертификат)
В КОЛИЧЕСТВЕ ТРЕХ ЧЕЛОВЕК**

Гарантируем максимально
доброжелательное отношение со
стороны руководства и коллег по работе.
Зароботная плата – 9–10 тыс. руб.
(возможны выплаты
стимулирующего характера).

НАШ АДРЕС:

347360 Ростовская область,
г. Волгодонск, ул. Степная, 191,
тел./факс: (8639) 27-63-16

Обращаться к начальнику
Волгодонского филиала ГУЗ «Психоневрологический диспансер» Ростовской области **Константину Юрьевичу ГАЛКИНУ**

№ 3-2010

июнь - август

Новая

ПСИХИАТРИЯ

БЕЗНАДЕЖНЫХ БОЛЬНЫХ НЕ СУЩЕСТВУЕТ!

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО: конфликт диагностики и терапии

А. КОРОЛЬЧЕНКО

14 мая 2010 года в Ростове-на-Дону в рамках программы «BRIDGE» состоялась лекция по биполярному аффективному расстройству. Лектор – профессор С.Н. Мосолов, руководитель отдела терапии психических заболеваний Московского НИИ психиатрии Росздрава, ученый, известный не только в России, но и за рубежом, – основательно и доходчиво изложил суть диагностики и терапии биполярного расстройства.

«Конфликт диагностики и терапии» – такое парадоксальное, на первый взгляд, название получила лекция по биполярному аффективному расстройству. Впрочем, оно в полной мере отражает существующее положение дел. Несмотря на то, что изучение биполярного расстройства было начато еще в XIX веке, современное положение дел выглядит удручающе. Зачастую даже для опытных врачей становится проблематичным распознать заболевание, что приводит к неадекватному лечению и, как следствие, к снижению качества жизни пациентов. По мнению экспертов, такая участь постигает примерно 40% пациентов. С момента обращения к психиатру до установления диагноза проходит примерно восемь–десять

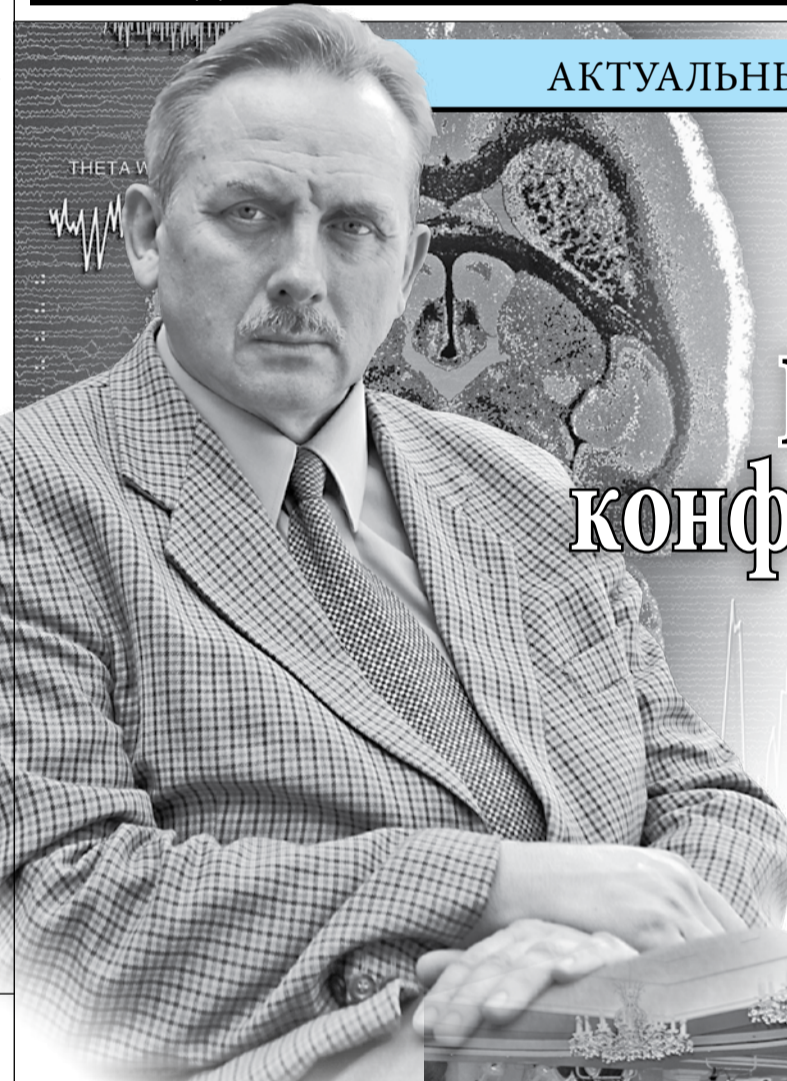
лет. Насколько тяжелые последствия имеет несвоевременная диагностика? Цифры говорят сами за себя. Продолжительность жизни сокращается на девять лет, срок здоровой полноценной жизни уменьшается на двенадцать лет.

Вероятность злоупотребления алкоголем возрастает в три раза.

Потеря работоспособности наступает раньше на четырнадцать лет. Не получив соответствующего лечения, люди в два раза чаще переживают развод и заканчивают дни в одиночестве.

К ИСТОКАМ

Первые шаги в изучении расстройства сделали в 1890 году Жан Фальре и Жюль Байярже.
(Окончание на стр. 2)





С.Н. Мосолов –
руководитель отдела тера-
пии психических
заболеваний Московского
научно-исследовательского
института психиатрии
Росздрава.

– Какова гендерная предрасположенность к биполярному расстройству?

– Биполярным расстройством I типа страдает примерно одинаковое количество мужчин и женщин, а биполярное расстройство II типа чаще возникает у женщин. Более того, если посмотреть на течение заболевания, то у женщин оно протекает тяжелее. У женщин гораздо выше риск злоупотребления алкоголем и различными психотропными препаратами. Сложность представляет собой лечение беременных.

– Какую роль играет генетическая предрасположенность?

– Наследственная отягощенность расстройствами биполярного спектра у ближайших родственников существенно повышает риск развития биполярного расстройства.

– Какие факторы осложняют лечение биполярного расстройства, помимо трудностей, связанных с диагностикой?

– Помимо сложностей с диагностикой, существуют проблемы непосредственно с пациентами. В фазе депрессии они осознают необходимость лечения, но по прошествии ее они перестают лечиться и появляться у врача.

– Кто сегодня занимается исследованиями в области биполярного расстройства?

– В США ведут научную работу Хагоп Акискал, Гарри Саш, Алан Янг, в Европе – Жюль Ангст и многие другие.

ПОСВЯЩЕНИЕ С.Н. МОСОЛОВУ

*Коллегам – молодым и старым –
Полезно походить по БАРАМ.
Достоин самых тёплых слов
Наш славный БАР-мен – Мосолов!
Хоть мы слегка осоловели,
Но явно ОМОСОЛОВЕЛИ.
Учёба не проходит даром –
Отсюда мы пойдём по барам,
И первым тостом будет снова –
«За нашу гордость – Мосолова!»*

В. КАПУСТЯНСКИЙ, заслуженный врач России,
психиатр высшей категории,
ассистент кафедры психиатрии РостГМУ



АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

**БИПОЛЯРНОЕ
АФФЕКТИВНОЕ
РАССТРОЙСТВО:**

**КОНФЛИКТ
ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ**

(Окончание. Начало на стр. 1).



В их трактовке заболевание носило название «помешательство двойной формы» (*folie a double forme*). Более полувека понадобилось для официального признания расстройства психиатрией того времени. Один из гениев мировой психиатрии Эмиль Крепелин в 1898 году выделил его в отдельную нозологическую единицу, четко отделив его от шизофрении (раннего слабоумия), он дал расстройству свое название – *маниакально-депрессивное помешательство* или *маниакально-депрессивный психоз (МДП)*.

Ситуация изменилась в 1960 году, когда Жюль Ангст и Джордж Винокур подтвердили самостоятельное существование *биполярного аффективного расстройства (БАР)* и разделили его на два типа. Сегодня при БАР I типа чередуются эпизоды депрессии и маниакальности; чрезмерно повышенное настроение влечет за собой серьезные функциональные и социальные нарушения, что часто требует лечения в стационаре. При II типе развернутые депрессивные эпизоды чередуются с эпизодом или эпизодами гипомании. В этом случае настроение и психическая активность повышаются, но не достигают уровня маниакальности.

В 1990 году разделение было зафиксировано в диагностических критериях DSM.

**БИПОЛЯРНАЯ
РЕАЛЬНОСТЬ**

Раньше считалось, что БАР встречается довольно редко – 3-5 случаев на 1000 человек. Опрос среди психиатров показал: 70% из них уверены в том, что биполярное расстройство встречается реже, чем шизофрения. С течением времени выяснилось: заболевание распространено гораздо шире. Согласно данным статистики в США, зафиксированных диагнозов БАР в три раза больше, чем диагнозов шизофрении.

Распространенность БАР в популяции на сегодняшний день составляет около 5%. Начальные признаки начинают проявляться примерно в 15 лет, но первое лечение, в среднем, пациенты получают в двадцатилетнем возрасте. На распознавание болезни уходит до 8 лет. Риск завершённого суицида у этих больных в 20-30 раз выше, чем в популяции; происходит серьёзная социальная дезадаптация. К сожалению, высока вероятность злоупотребления психоактивными веществами. Бремя расходов общества на БАР достигает солидной суммы в 45 млрд долларов (данные по США на 1990 год). На одного больного, в среднем, тратится в три раза больше средств, чем на иных пациентов.

Зачастую психиатры назначают неправильное лечение, исходя из ошибочного диагноза: биполярное расстройство принимают за депрессию или шизофрению и, соответственно, назначают препараты, которые подходят для лечения одной фазы, но совершенно не помогают в другой. В итоге лечение становится не-

результативным, кроме того, высока вероятность формирования резистентности к препаратам.

**ОСОБЕННОСТИ
ТЕРАПИИ**

Важнейшим критерием расстройства является наличие гипоманиакальных, маниакальных или смешанных эпизодов. Гипоманиакальные состояния реже служат поводом для обращения к психиатру, поскольку больные считают себя абсолютно здоровыми. Сложность диагностики заключается в том, что гипомания в легкой форме не приводит к выраженной социальной дезадаптации и поэтому не вызывает тревоги у пациента или его близких. Не редко эта фаза расценивается как состояние творческого подъема. Резко повышается продуктивность деятельности – человек может свернуть горы. Иногда подобные ситуации выявляются ретроспективно, поэтому при сборе анамнеза очень важно активно расспрашивать пациентов о таких эпизодах. Невозможно предугадать, как будет протекать болезнь, количество фаз и их формы – мания, гипомания или депрессия – проявляются у каждого по-разному.

Лечение биполярного аффективного расстройства – задача не-

применения антипсихотиков и блокаторов кальциевых каналов.

ПРОГРАММА «BRIDGE»

Образовательная программа «BRIDGE» (*Bipolar Disorder: Improving Diagnosis, Guidance and Education*) была разработана ведущими психиатрами Франции, Италии, Испании, США и Канады совместно с медицинским отделом компании «Санофи-авентис». Задача программы состоит в том, чтобы научить врачей своевременно и адекватно диагностировать биполярное аффективное расстройство и повысить качество лечения. Задав целью исправить плачевную ситуацию диагностики и терапии, организаторы программы предоставили психиатрам возможность углублять и совершенствовать знания.

В России «BRIDGE» стартовал в Ростове-на-Дону. Место было выбрано неслучайно: город славится сильной психиатрической школой, во многом сформированной известным ученым-психиатром, профессором А.О. Бухановским. Идею постдипломного образования поддержали министерство здравоохранения Ростовской области и Ростовский государственный медицинский университет. Более 120 психиатров из Ростова-на-Дону, Ростовской области, Краснодар, Волгограда и Ставрополя собрались на первый цикл, чтобы прослушать курс лекций по новейшим научным достижениям в этой области.

Первая лекция была посвящена подробному изучению биполярного расстройства I и II типов. Е.Г. Костюкова, старший научный сотрудник НИИ психиатрии, новаторски подошла к организации: помимо традиционной презентации семинар включал интерактивное голосование. Ответы участников дискуссии обрабатывались в режиме реального времени и выводились на экран в форме диаграммы. Бурное обсуждение результатов, рождение новых идей и подходов к лечению расстройства – все это сделало дискуссию оживленной и плодотворной. В финале присутствующие разбирали клинический случай – пациента, страдающего биполярным расстройством. Семинар оставил приятное впечатление органичного совмещения формы и содержания.

Программа «BRIDGE» предполагает 14 лекций, которые помогут врачам понять специфику биполярного расстройства и научат подбору адекватной терапии.



из легких, требующая детального понимания фармакотерапии. Проблемы в лечении пациентов создает смена фаз. Фармакотерапия стабилизаторами настроения (вальпроатами, солями лития) способна не только улучшить состояние пациентов, но и преодолеть негативные последствия болезни. Но этот вид терапии не эффективен в фазе депрессии. Изучается целесообразность





Окончание статьи.
Начало - в №2 «НП»

АЗАРТНЫЕ ИГРЫ: ИГРАТЬ ИЛИ НЕ ИГРАТЬ?

В.А. СОЛДАТКИН

Болезненная зависимость от азартных игр носит прогрессирующий характер за счет возрастания степени зависимости, присоединения синдрома измененной реактивности и личностных изменений.

Синдром измененной реактивности состоит в том, что для получения прежнего эмоционального состояния заболевший должен увеличивать степень риска (возрастают ставки, в среднем по обследованной группе в 58 раз); увеличивается время непрерывной игры (рекордом среди пациентов, с которыми я работал, было 48 часов непрерывной, без перерывов на сон и еду, игры в рулетку). Если раньше игра была привязана к некой ситуации (свободное время, праздник, встреча с друзьями), то со временем потребность в компании отпадала, игра приобретала одиночный характер, и теперь ситуация «подстраивалась» под потребность в игре – а точнее, игрок игнорировал все свои прежние интересы, обязательства, что вело к стремительному нарастанию не только финансовых, но и семейных, социальных проблем.

В ходе расстройства меняется личность человека. В этих изменениях есть четкий стереотип: сначала происходит заострение прежних психологических черт, затем деформация личности и ее оскудение.

Чаще всего заострение проявляется в том, что пациенты становятся более лживыми, скрытными, изворотливыми; выполнение взятых на себя обязательств (слабо присущее им и ранее) теперь резко затруднено, у них быстро формируется репутация «ненадежных». Возрастают демонстративность, эгоистичность больных.

В последующем формируется деформация личности, состоящая в заметном изменении личности, появлении новых ее качеств. В первую очередь, это касается нарастания возбудимости.

Оскудение личности (в МКБ-10 названо «руинированием») происходит, в первую очередь, за счет нравственных категорий. Возникают и усиливаются бессердечность, равнодушие к семье, учебе, работе, исчезают ответственность, чувство долга. Пациенты начинают пренебрегать социальными правилами и обязанностями; происходит сужение круга интересов, падает жизненная активность. Постепенно теряется интерес ко всему, что не входит в круг патологического поведения (азартной игры) и не имеет прямого или косвенного к нему отношения. Весь стиль жизни становится шаблонным, стереотипным, прекращается духовный и социальный рост.

Утрачивается потребность в полноценном общении с родственниками, друзьями и знакомыми, исчезает доброжелательность, часто возникает недоброжелательно-завистливое отношение к окружающим, озлобление на людей при одновременном усилении жалостливости к себе. Оскудение часто сопровождается снижением либидо – это явление выявлено у 48% пациентов.

Расстройство имеет прогрессирующий характер. Наше исследование позволило выделить в нем два этапа: *инициальный этап* и *этап развернутой клинической картины*.

Инициальный этап болезни проявляется постепенным учащением эпизодов игры, незначительным ростом ставок. Происходящее, впрочем, не приводит к заметным финансовым или социальным проблемам. Игра доставляет удовольствие, воспринимается как «отдых», «развлечение». Игровые эпизоды непродолжительны (в среднем, $1,4 \pm 0,5$ ч), однократны на протяжении дня. В игровых эпизодах у пациентов не утрачивается количественный контроль и незапланированные проигрыши всех имеющихся денежных средств встречаются нечасто. Напротив, сохранность контроля позволяет остановиться после выигрыша, забрать деньги; иными словами, инициальный этап развития расстройства не только не сопровождается заметными финансовыми потерями, но зачастую связан с приобретением «легких денег» (*этап выигрышей по Custer R.L., 1989*). Это сохраняет за игрой характер «приманки», возникает отчетливое предпочтение азартной игры по сравнению с другими вариантами досуга, именно азартная игра доставляет наиболее яркие эмоции. Предпочтение азартной игры постепенно приводит к вытеснению других видов деятельности, в первую очередь, тех, где есть необходимость проявления таких качеств и свойств личности, как терпе-

ние, обязательность. В результате, ближе к завершению этапа, начинают возникать проблемы в учебе, работе, общении с подругой или другом (пациент переходит в разряд так называемых «проблемных игроков»).

Продолжительность инициального этапа в обследованной нами группе – $1,2 \pm 0,4$ года.

Переход от инициального этапа к этапу развернутой клинической картины расстройства ознаменован формированием *синдрома игровой зависимости*; он чаще всего (89,3%) имеет постепенный характер, реже (10,7%) развивается относительно остро.

Зависимый, как правило, не желает проститься с объектом патологической привязанности, а лишь хочет научиться контролировать его. Кстати, именно поэтому, с моей точки зрения, реорганизация игорного бизнеса в нашей стране, «перенос» его в отведенные зоны не решит проблему. Мы являемся свидетелями тому, как меняются вывески на салонах, но не изменяется суть происходящего; появляются подпольные казино и тотализаторы. При уже сформированной зависимости человек обязательно найдет сферу реализации своей пагубной страсти.

Каковы же социальные последствия этого расстройства?

Патологическое влечение к азартной игре, с потерей количественного контроля и значительным финансовым обременением, и личностные изменения выступают крайне неблагоприятным условием совершения криминальных действий и высокого риска стать жертвой преступления. Сопровождающее расстройство закономерное возникновение множества комплексных, в разных сферах, конфликтов ведет к увеличению риска суицидального поведения.

Криминогенность расстройства отражается высокой частотой (92%) совершения действий,

Развитие болезни приводит к все большему порабощению человека. В его душевном мире царит лишь одна патологическая потребность, и весь душевный мир со временем приходит в увядание и запустение. Расплата за зависимость – иллюзорность жизни и потеря шанса на свободное, естественное развитие, шанса на обретение счастья, наконец... Удивительно при этом, как сами больные реагируют на развивающиеся у них проблемы, очевидные для всех окружающих. Срабатывает принцип, очень образно и четко сформулированный Львом Толстым: «Работство принижает людей до любви к нему».

подпадающих под описание запрещенных Уголовным кодексом под угрозой наказания. В целом, из обследуемой группы 8% пациентов ранее были осуждены за преступления, причинно-следственно связанные с расстройством. Разительный контраст частоты совершения противоправных деяний и осуждения свидетельствует о том, что львиная доля правонарушений остается в сфере латентной преступности, ведущей причиной чего является протекторат семьи.

Высокий риск стать жертвой противоправного деяния имели 24,7% пациентов.

Установлено, что почти половина обследованных больных (42,7%) в различные периоды времени имела суицидальные идеи. 4% пациентов совершили суицидальные попытки. Частота завершенных суицидов составила 0,63%. Эти данные находятся в разительном контрасте с общепопуляционной частотой суицидов. Так, по литературным данным (*Положий Б.С., 2008*) в 2007 году в России показатель частоты совершения самоубийств составил 29 на 100 тыс., или 0,03%. Таким образом, у больных патологическим гемблингом этот показатель выше в 21 раз. Полученные данные убедительно доказывают высокую криминогенность,

виктимность и суицидогенность патологического гемблинга, что позволяет это расстройство считать высокозначимым не только в медицинском, но и в социальном, правовом планах.

Почему же при крайне широкой распространенности игорных заведений описанным расстройством болеет (слава Богу!) лишь часть посетителей? Потому, что для развития болезни нужны дополнительные факторы и условия. Они были изучены в ходе проведенного исследования.

Выявлена совокупность факторов, которые способствуют развитию расстройства (эта совокупность называется в медицине *предиспозицией к болезни*). Проявления к предиспозиции можно условно разделить на три компонента: *личностный, половой и биологический*.

Личностный компонент:

■ Преобладание (38,7%) истеро-гипертимо-неустойчивого варианта акцентуации характера. До развития болезни эти люди отличались такими признаками, как остроумие, шутливость, предприимчивость, достаточно высокое внимание к собственной персоне, стремление производить впечатление на окружающих, желание лидировать в компании. При этом стремление получать от жизни удовольствие было самым существенным мотивом их действий, а терпение, трудолюбие явно не входило в перечень основных добродетелей.

ПРЕДИСПОЗИЦИЯ К ГЕМБЛИНГУ



«Новая психиатрия»

344010, г. Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, 40/128. Тел. (863) 267-48-15. Тел./факс: (863) 267-38-67
www.centerphoenix.ru



ФЕНИКС
лечебно-реабилитационный
научный центр

■ Преобладание (84%) экстраверсии, «облегченности» коммуникации (56%), при слабой (у 68%) способности к эмпатии (возможность вчувствоваться в переживания других людей). Иными словами, эти люди всегда предпочитали шумные компании, наедине с собой им было скучно и грустно; они легко устанавливали формальные связи, не отличающиеся особой глубиной, поскольку испытывали сложности в понимании глубинных переживаний других людей, их чувств и эмоциональных реакций.

■ Хобби имеют нестойкий характер (87,3%), заметна склонность к эмоциональному пресыщению (72%). В подростковом возрасте все пациенты неоднократно меняли увлечения, хобби, что проявлялось, например, постоянной сменой секций и кружков. Столкнувшись с первыми же трудностями в освоении нового дела, они «угасали» и предпочитали переключиться на что-нибудь новое.

■ Склонность к азартным влечениям (51,3%). Начиная с детского возраста, люди, в последующем ставшие патологическими игроками, проявляли склонность к азарту. Речь идет об азартном коллекционировании (марок, значков, наклейки и т. д.), азартных спорах и пари. При освоении навыков управления автомашиной они быстро переходили на рискованный, «на грани фола», тип вождения.

Личностный компонент predisпозиции формировался в условиях структурно (28%) или функционально (30,7%) неполной семьи, как правило (74,7%), – под воздействием патологического воспитания (по Личко А.Е., 1985). Обращает на себя внимание, что подавляющее большинство будущих пациентов воспитывалось в семьях, где отца либо не было, либо он был «оттеснен» властной матерью, его мнение было незначимым.

Половой компонент

■ Преобладание (90%) мужчин. Патологический гемблинг, как и большинство других форм зависимости, – прерогатива мужчин. Однако если заболевает женщина, расстройство у нее имеет более тяжелое, быстро разрушающее личность течение.

■ Слабая и средне-слабая половая конституция (52%). Действительно, игроманией чаще заболевают люди с невысоким уровнем сексуальности. Психоналитики считают, что развитием зависимости они компенсируют эту недостаточность.

■ Отсутствие романтической стадии психосексуального развития (56%). Большинство будущих больных никогда не влюблялись. Их симпатии носили поверхностный и нестойкий характер. От многих больных мне доводилось слышать фразу о том, что они «не понимают, что такое любовь», «сомневаются, могут ли любить вообще».

Биологический компонент

■ Высокая степень (78%) наследственной отягощенности алкоголизмом. Нами подтвержден факт, отмеченный и другими исследователями: гемблингом заболевают в большинстве своем дети и внуки больных алкоголизмом.

■ Большинство (52,7%) пациентов родились от патологично протекавшей беременности, в 37,3% случаев – в патологических родах. Эти факторы отложили отпечатки на развитие их нервной системы.

■ Особенности строения мозга. Нами выявлены негрубые, но все же заметные особенности строения головного мозга у заболевших патологическим гемблингом. Эти особенности относились к глубоким отделам мозга и лобной доле. По сути, эти особенности не были признаками болезни, но они свидетельствовали о том, что в развитии нервной системы произошли отклонения (вероятно, обусловленные наследственностью и патологией беременности и родов).

В заметном контрасте с вышперечисленными данными находится установленный факт достаточного высокого интеллекта больных гемблингом. Он составил 110,4±3,7 балла (верхняя граница нормы).

Описанные три компонента входят в интеграции и в совокупности составляют нефатальную комплексную predisпозицию к гемблингу. Она создает повышенный риск развития расстройства за счет большей уязвимости – личностной и биологической.

Эта уязвимость становится особенно заметной при наличии дополнительных условий. Наше исследование показало, что сутью этих условий является заметное изменение жизненного уклада человека. У обследованных пациентов условиями начала развития гемблинга являлись:

■ резкая смена жизненного стереотипа с получением эфемерной «свободы» от опеки и внимания родителей и близких, как правило, в связи со сменой места жительства непосредственно до первого знакомства с азартной игрой (18,7%);

■ острый, тяжелый, крайне значимый конфликт в одной из жизненно важных сфер – личной, семейной, профессиональной (измена супруга, предательство близкого человека, внезапное увольнение) – 14%;

■ прекращение злоупотребления алкоголем или наркотиками – 13,3%;

■ карьерный рост или переход на более высокооплачиваемую работу с существенным увеличением дохода, то есть «появление свободных денег» при неразвитости интересов и отсутствии планов по применению денег – 10%;

■ период «скудной, монотонной работы или учебы» с бедностью впечатлений и субъективным переживанием «остановившейся безрадостной жизни» – 8,7%;

■ затяжная конфликтная ситуация в семье – 7,3%;

■ прекращение спортивной, в прошлом успешной, карьеры – 6%;

■ существенный дискомфорт из-за беременности жены или появления в семье ребенка – 4%;

■ непривычные финансовые затруднения (долги) с неясной перспективой разрешения проблемы – 3,3%.

Итак, теперь мы можем ответить на вопрос, почему одни люди достаточно легко и свободно играют в азартные игры, а другие (предрасположенные, при наличии дополнительных условий) переходят Рубикон и, по большому счету, ставкой в азартной игре делают свою жизнь. Именно таких людей описал Гумилев в стихотворении «Крест»:

*Так долго гнала мне за картою карта,
Что я уж не мог опьяниться вином.
Холодные звезды тревожного марта
Бледнели одна за другой за окном.*

*В холодном безумьи, в тревожном азарте
Я чувствовал, будто игра эта – сон.
«Весь банк – закричал, – покрываю я в карте!»
И карта убита, и я побежден.*

*Я вышел на воздух. Рассветные тени
Бродили так нежно по нежным снегам.
Не помню я сам, как я пал на колени,
Мой крест золотой прижимая к губам.*

*Стать вольным и чистым, как звездное небо,
Твой посох принять, о сестра Ницета,
Бродить по дорогам, выпрашивать хлеба,
Людей заклиная святыней креста! –*

*Мгновенье... и в зале веселой и шумной
Все стихли и встали испуганно с мест,
Когда я вошел, воспаленный, безумный,
И молча на карту поставил мой крест.*

ОТ АВТОРА: Как врач, я спокойно отношусь к посещениям азартных заведений. Не думаю, что это хороший вариант досуга (в иллюзиях жизни – а игра относится именно к иллюзорному поведению – здесь вряд ли можно обрести счастье), но «при употреблении в меру», не вредящий. Вот только кто из нас четко знает свои слабые стороны, свою предрасположенность? Не станет ли очередная ставка решающей, не запустит ли каскад малоуправляемых реакций? Так стоит ли рисковать, играя с судьбой в опасные игры?!

ПОЗДРАВЛЯЕМ!

Коллеги по кафедре психиатрии и наркологии Ростовского государственного медицинского университета, а также коллектив ЛРНЦ «Феникс» поздравляют
Э.А. Солдаткина

с блестящей защитой докторской диссертации, посвященной
КЛИНИКО-ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОМУ АНАЛИЗУ РАЗРАБОТКИ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ РАЗВИТИЯ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР.

Диссертация была защищена в г. Москве на совете, возглавляемом известным в России и за рубежом ученым – профессором Б.Д. ЦЫГАНКОВЫМ, оппонентами выступили члены-корреспонденты РАМН: профессор Ю.А. АЛЕКСАНДРОВСКИЙ и ряд крупных специалистов в области наркологии и аддиктологии.

ЖЕЛАЕМ ДАЛЬНЕЙШИХ УСПЕХОВ МОЛОДОМУ УЧЕНОМУ!

НОВОСТИ

Первая помощь при угрозе суицида

28 мая 2010 г. вице-президент НПА России д-р Анатолий Богданов выступил перед заместителями командиров по воспитательной работе различных родов войск с презентацией программы «Первая помощь при угрозе суицида», а на следующий день вместе с исполнительным директором НПА Любовью Виноградовой провел занятие для военных психологов, финалистов всероссийского конкурса.

По материалам «Независимого психиатрического журнала»

Курс развития лидерских навыков у психиатров

12-15 июня 2010 года в Санкт-Петербурге пройдет курс по развитию лидерских и профессиональных навыков для молодых психиатров, организованный под руководством Ассоциации по усовершенствованию программ по охране психического здоровья в сотрудничестве с Российским обществом психиатров. Курс будет проводиться профессором Н. Сарториусом.

Целью курса является овладение молодыми психиатрами важными с практической точки зрения академическими и профессиональными лидерскими навыками такими, как подготовка и презентация лекций и постеров, публикация научных работ, проведение научных заседаний, руководство командой, организация совместных исследований и других программ.

По данным портала psychiatry.ru

В научном центре «Феникс» способны провести квалифицированную диагностику и лечение (вне зависимости от тяжести и длительности заболевания) всех нервных, психосоматических и психических расстройств у детей, подростков, взрослых и пожилых людей. Среди этих заболеваний:

- шизофрени;
- любых форм депрессивных состояний;
- маниакальных состояний;
- маниакально-депрессивного психоза и циклотимии;
- обсессивно-компульсивных расстройств;
- различных реакций на стресс;
- посттравматического стрессового расстройства;
- психогенных выпадений памяти;
- приступов панического страха;
- слабоумия (деменции, в том числе болезни Альцгеймера);
- нейро-циркуляторной дистонии;

■ психосоматических расстройств:

- аэрофагии;
- психогенного¹ безудержного кашля;
- психогенной диареи;
- психогенной дизурии;
- психогенного метеоризма;
- психогенной икоты;
- психогенного нарушения дыхания;
- синдрома раздраженного кишечника;
- «невроза» сердца;
- психогенного болевого расстройства;
- психогенного «кома в горле»;
- психогенного зуда;
- психогенных нарушений сна;
- злоупотреблений:
- слабительным;
- анальгетиками типа аспирина и т. д.;
- витаминами;
- гормонами;
- травмами и народными средствами;
- клизмами и пр.
- хронической усталости;

- неврастении;
- эпилепсии;
- дисциркуляторной энцефалопатии;
- травматической болезни мозга;
- психогенных расстройств личности;
- транссексуализма, и других нарушений половой идентификации;
- извращений полового поведения;
- болезней зависимого поведения;
- влечения к азартным играм, Интернету, мобильным телефонам, поджогам (пиромании), воровству (клептомании), выдергиванию и поеданию собственных волос (трихотиломании и трихотилофагии), бродяжничеству (дромомании) и пр.;
- нарушения пищевого поведения;
- алкоголизма;
- психические расстройства у детей:
- всех форм умственной отсталости;
- задержки и нарушения развития речи;
- расстройства развития навыков в учебе;
- всех форм аутизма;

- психомоторной расторможенности;
- других расстройств поведения;
- тревоги и страхов у детей;
- тиков;
- энуреза и энкопреза.

Комментарии психиатра к официальным документам, а также:

- участие в судах и следствии, в гражданских и уголовных процессах, защита интересов пациентов в соответствии с трудовым и семейным законодательством.
- дела по дееспособности, опеке, невменяемости, оспаривание сделок, завещания;
- прочие судебные и внесудебные правовые проблемы, связанные с психиатрией;
- участие специалистов центра в комиссиях и судебных процессах;
- посмертные судебно-психиатрические экспертизы;
- и многое другое.



ФЕНИКС
лечебно-реабилитационный
научный центр

Возрождаем к новой жизни!
Медицинский центр «Феникс»



ЛРНЦ «Феникс» – это:
Медико-реабилитационная помощь при наркомании.
Медико-реабилитационная программа для одиноких и немощных.
Консультации по вопросам судебной психиатрии.
Защита прав пациентов от осведомительствования, дел о недобровольном госпитализации, пересмотре диагноза, снятии с психиатрического учета и др.
Защита и консультирование специалистов, осуществляющих психиатрическую и наркологическую помощь.

ВОЗРАСТНЫЕ ВАРИАНТЫ СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ

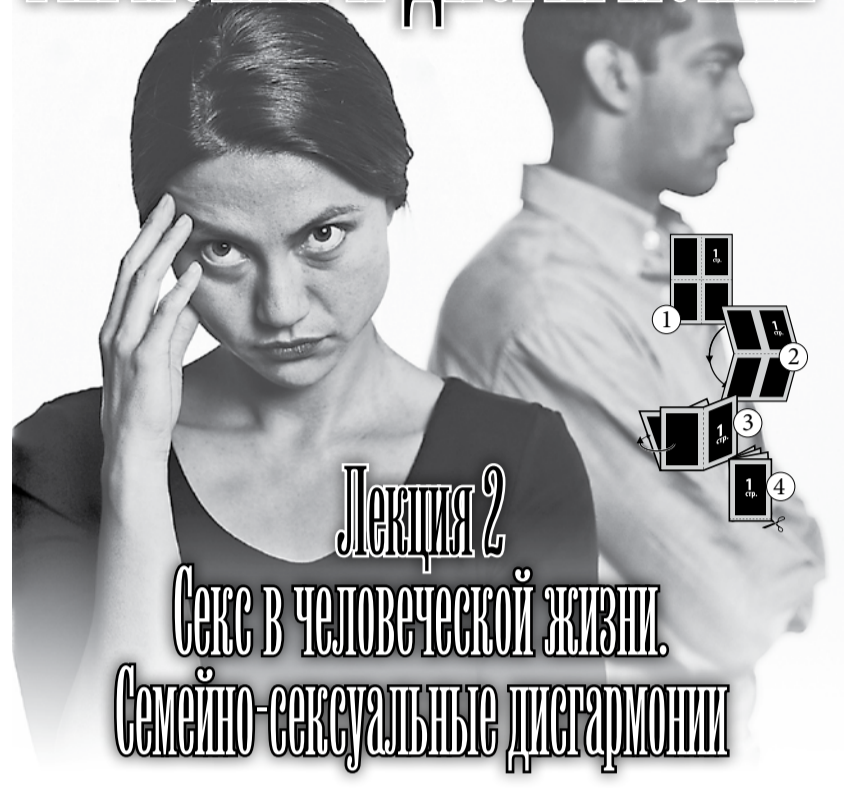
В **МОЛОДОМ** возрасте (до 35 лет) чаще всего в качестве первичных психотравмирующих факторов выступают психологические, нравственные и социальные проблемы, а сексуальная дисгармония является их следствием. Часто дестабилизирующим семью, отрицательным обстоятельством является совместное проживание с родителями, где излишняя опека, критические замечания и советы со стороны старших негативным образом сказываются на взаимоотношениях между молодыми супругами, что очень быстро приводит к конфликтам и в интимной жизни. Дестабилизация семейных отношений скорее наступает там, где имеют место эгоцентрические установки, происходит борьба за лидерство в семье, проявляется стремление одного из партнеров к авторитарности и постоянному самоутверждению. В силу максимализма, инфантильности и ряда других дезадаптивных установок, привнесенных, как правило, из неблагоприятной семейной обстановки переживаемой в детстве, молодые супруги не способны сделать конфликт предметом анализа и правильных оценок. В результате конфликтной ситуации у пациентов развиваются очерченные состояния социально-психологической дезадаптации. На этом фоне появляется неуверенность в сексуальной полноценности сторон, исчезает надежда на полное восстановление семейных отношений. На этом этапе дисгармония сексуальных взаимоотношений проявляется в форме функциональных (обратимых) половых расстройств. Дисгармония в молодом возрасте возникает также при недостатке соответствующей информации об особенностях интимных отношений (дезинформационно-оценочная форма), а также отсутствии собственного сексуального опыта (сексуально-поведенческая форма). Большим экзаменом в молодом возрасте является появление детей, когда внимание жены сосредотачивается на материнских обязанностях и чувствах. Семейно-сексуальные конфликты возникают, когда муж занимает в этих условиях эгоистическую позицию, а малообоснованные требования и претензии жены вызывают у него только негативную реакцию. Недостаток жизненного опыта, отсутствие терпимости, уважения друг к другу, бестактность высказываний и поступков отражаются на сексуальных взаимоотношениях.

У пациентов **СТАРШИХ** возрастных групп (после 35 лет) отмечаются несколько иные особенности сексуальной дисгармонии. Конфликты назревают в период, который характеризуется определенной адаптацией супругов друг к другу, сложившимся стереотипом семейного быта. Дисгармония сексуальной жизни в этом возрасте развивается в двух основных вариантах. В первом варианте сексуальная дисгармония в семье развивается в результате истинного снижения половой потенции у мужчин. Напряжение в семейных отношениях при этом во многом зависит от позиции жены, расценивающей возрастные изменения потенции мужа как подтверждение супружеской неверности. Компрометирующие упреки, оскорбления являются дополнительными психотравмирующими факторами, вызывающими обиду, усугубляющими фиксацию на сексуальных проявлениях и формирующими страх интимной близости. Партнерши глубоко переживают неделикатные комментарии по поводу «холодности», «утраты привлекательности». Фрустрации во взаимоотношениях, искусственное подавление чувств и потребностей сказываются в первую очередь на сексуальной жизни. На этом фоне легко формируется стремление «найти утешение на стороне», создается почва для возникновения внебрачных связей. Интимные отношения в семье в этом варианте совсем прекращаются или становятся крайне редкими.

(Продолжение лекций – в следующих номерах «НП»)

А.Я.Перехов

СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНЫЕ ГАРМОНИИ И ДИСГАРМОНИИ



ПОПУЛЯРНЫЕ ЛЕКЦИИ

Для формирования в зрелом возрасте хорошей психосоциальной адаптации важное значение имеет правильное половое воспитание детей с самого раннего возраста, а фактически, с рождения. Половое воспитание является неотъемлемой частью общего воспитания и воспитания личности ребенка, которое способствует формированию у ребенка нравственных ценностей и морали. Принципы нравственных отношений родителей и супругов, верность и ответственность и другие семейные, равноправие супругов, ответственность и ответственность их перед собой и своей семьей, сохранение брака, взаимная поддержка и уважение, гармоничное развитие личности ребенка, уважение его личности и интересов, желаний супругов и их детей. В половом воспитании большую роль играют родители, желая воспитать своих детей, с самого раннего периода полового акта, в отсутствие действий, оптимизирующих заковычательный период полового акта, при выполнении возбудительных действий, необходимо усиливать:

(б) несоответствие выбора поз при половом акте варианту; наиболее усиливаю-разному поощряется инициатива инициатора акта, например, «любовница» («amant») и т.п.;

(в) несоответствие при выборе поз при половом акте варианту; наиболее усиливаю-разному поощряется инициатива инициатора акта, например, «любовница» («amant») и т.п.;

(г) несоответствие при выборе поз при половом акте варианту; наиболее усиливаю-разному поощряется инициатива инициатора акта, например, «любовница» («amant») и т.п.;

(д) несоответствие при выборе поз при половом акте варианту; наиболее усиливаю-разному поощряется инициатива инициатора акта, например, «любовница» («amant») и т.п.;

Для формирования в зрелом возрасте хорошей психосоциальной адаптации важное значение имеет правильное половое воспитание детей с самого раннего возраста, а фактически, с рождения. Половое воспитание является неотъемлемой частью общего воспитания и воспитания личности ребенка, которое способствует формированию у ребенка нравственных ценностей и морали. Принципы нравственных отношений родителей и супругов, верность и ответственность и другие семейные, равноправие супругов, ответственность и ответственность их перед собой и своей семьей, сохранение брака, взаимная поддержка и уважение, гармоничное развитие личности ребенка, уважение его личности и интересов, желаний супругов и их детей. В половом воспитании большую роль играют родители, желая воспитать своих детей, с самого раннего периода полового акта, в отсутствие действий, оптимизирующих заковычательный период полового акта, при выполнении возбудительных действий, необходимо усиливать:

Для формирования в зрелом возрасте хорошей психосоциальной адаптации важное значение имеет правильное половое воспитание детей с самого раннего возраста, а фактически, с рождения. Половое воспитание является неотъемлемой частью общего воспитания и воспитания личности ребенка, которое способствует формированию у ребенка нравственных ценностей и морали. Принципы нравственных отношений родителей и супругов, верность и ответственность и другие семейные, равноправие супругов, ответственность и ответственность их перед собой и своей семьей, сохранение брака, взаимная поддержка и уважение, гармоничное развитие личности ребенка, уважение его личности и интересов, желаний супругов и их детей. В половом воспитании большую роль играют родители, желая воспитать своих детей, с самого раннего периода полового акта, в отсутствие действий, оптимизирующих заковычательный период полового акта, при выполнении возбудительных действий, необходимо усиливать:

(б) несоответствие выбора поз при половом акте варианту; наиболее усиливаю-разному поощряется инициатива инициатора акта, например, «любовница» («amant») и т.п.;

(в) несоответствие при выборе поз при половом акте варианту; наиболее усиливаю-разному поощряется инициатива инициатора акта, например, «любовница» («amant») и т.п.;

(г) несоответствие при выборе поз при половом акте варианту; наиболее усиливаю-разному поощряется инициатива инициатора акта, например, «любовница» («amant») и т.п.;

(д) несоответствие при выборе поз при половом акте варианту; наиболее усиливаю-разному поощряется инициатива инициатора акта, например, «любовница» («amant») и т.п.;

Для формирования в зрелом возрасте хорошей психосоциальной адаптации важное значение имеет правильное половое воспитание детей с самого раннего возраста, а фактически, с рождения. Половое воспитание является неотъемлемой частью общего воспитания и воспитания личности ребенка, которое способствует формированию у ребенка нравственных ценностей и морали. Принципы нравственных отношений родителей и супругов, верность и ответственность и другие семейные, равноправие супругов, ответственность и ответственность их перед собой и своей семьей, сохранение брака, взаимная поддержка и уважение, гармоничное развитие личности ребенка, уважение его личности и интересов, желаний супругов и их детей. В половом воспитании большую роль играют родители, желая воспитать своих детей, с самого раннего периода полового акта, в отсутствие действий, оптимизирующих заковычательный период полового акта, при выполнении возбудительных действий, необходимо усиливать:



ПСИХОГИГИЕНА ДЛЯ КАЖДОГО

Есть или не есть: вот в чем вопрос!

О.А. БУХАНОВСКАЯ

Мечтаете попасть на обложки журналов? Готовы пожертвовать всем и даже больше? Одержимы идеей быть стройной во что бы то ни стало? Исследуете последние тенденции рынка средств для похудения? Добро пожаловать в клуб потенциальных аноректиков...

Общество потребления диктует жесткие правила и создает свои, далекие от природных норм, законы привлекательности, которым бездумно следуют миллионы представительниц женского пола. Во имя искаженных представлений о красоте девушки в один прекрасный день отказываются от приема пищи и доводят себя до крайне тяжелых состояний.

Нервная анорексия – это психическое расстройство пищевого поведения или значительное снижение приема пищи с целью похудения или для профилактики набора лишнего веса под влиянием «идей» соответствующего содержания.

В КОРОЛЕВСТВЕ КРИВЫХ ЗЕРКАЛ

Девушки, страдающие анорексией, видят себя как будто в кривом зеркале: восприятие собственного тела гипертрофируется и искажается. Как ни прискорбно, изнуряя себя голоданием, они выглядят всё хуже и хуже. Но это не влияет на деструктивность поведения. Аноректиков ни на минуту не отпускает мучительное переживание из-за своего несоответствия желаемым параметрам. Приписывая себе несовершенство внешности, большинство, на самом деле, страдает от внутреннего разлада. Больные анорексией живут в постоянном недовольстве собой. Тревожным знаком для окружающих может послужить склонность преувеличивать собственную полноту, хотя для этого нет никаких оснований.

«АХ, ОБМАНУТЬ МЕНЯ НЕ ТРУДНО, Я САМ ОБМАНЫВАТЬСЯ РАД»

Зачастую у пациенток с таким диагнозом за плечами опыт поражения и беспомощности при решении важных жизненных задач. Испытывая сильную потребность в независимости, они удовлетворяют ее дезадаптивным образом. С завидным упорством они любыми возможными способами избавляют организм от пищи: вызывают рвоту, принимают слабительные средства, прячут еду, отдают ее домашним питомцам. Одержимый идеей похудеть, больной человек настолько увлечен, что не замечает собственного истощения.

Ощущение беспомощности заставляет больных заниматься самообманом. Контроль над приемом пищи дает иллюзию контроля над жизнью. Отказ от еды представляется попыткой изменить жизнь и подчинить себе ее течение хотя бы в этой сфере. Страдающего анорексией сложно заставить начать нормально питаться – ведь это означает расписаться в полной несостоятельности, утратить контроль над происходящим. Аноректики с жадностью хватаются за спасительные мифы. Многие из них пребывают в полной уверенности, что витамины компенсируют недостаток питательных веществ в организме. Также бытует мнение, что анорексия минует, если укреплять тело постоянными тренировками. Длительное голодание в сочетании с чрезмерными физическими нагрузками имеет весьма тяжелые последствия для организма и приводит к серьезным осложнениям. Анорексия не возникает «ниоткуда» и не уходит «в никуда». Это серьезное психическое расстройство, требующее помощи квалифицированного специалиста. Любому больному требуется поддержка, и аноректики не исключение. В мире множество возможностей для самореализации, нужно просто помочь человеку разглядеть их – и первый шаг на пути к избавлению от анорексии будет сделан.



АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

Генетика и психиатрия

А. КОРОЛЬЧЕНКО

Статистика психиатрических расстройств в мире неутешительна: около 5–6% населения страдает шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. 7% мучают депрессии. В пожилом и старческом возрасте (а иногда и раньше) от 3 до 20% достигает болезнь Альцгеймера. Возникновение перечисленных заболеваний связано с генетической предрасположенностью – факт, не вызывающий сомнений у ученых, изучающих функционирование головного мозга. В остальном, однако, результаты исследований генетики психических расстройств неоднозначны.

В последние пару десятилетий развитие генетики происходило более чем стремительно. Благодаря использованию генетических методов ученые далеко продвинулись в исследовании психиатрических расстройств. Анализ структуры отдельных малых участков ДНК позволил выявить локусы, где происходят мутации. В 2003 году геном человека, пусть и не полностью, но удалось расшифровать. Было определено точное местоположение генов в разных хромосомах, что, в свою очередь, сделало возможным распознавание реального гена, изменения в котором ответственны за возникновение заболевания.

Согласно последним исследованиям, генетический компонент может обусловить вероятность появления психического расстройства, но часто он не связан с мутацией только в одном гене. Немецкие ученые, исследующие шизофрению, пришли к выводу, что не менее 10 генов подвергаются мутации при возникновении болезни. Генетическую основу психических заболеваний в силу ее сложно-

сти имеет смысл рассматривать в комплексе. Потребуется еще немало усилий и времени для того, чтобы дойти до сути и разработать более совершенные способы лечения.

При болезни Альцгеймера, как и в остальных, изменения генов могут лишь отчасти способствовать возникновению заболевания. Ученые определили три гена, мутации которых объясняют происхождение ранней формы болезни, но все же самая распространенная ее форма не сводится только к генетической модели. Исследователи, проверившие более 400 генов, считают наиболее выраженным генетическим фактором риска аполипопротеин Е (АПОЕ), но вариации его ассоциированы лишь с некоторыми случаями болезни. Генетики сходятся в одном: многие другие гены могут либо способствовать, либо препятствовать развитию поздней формы болезни.

Известны некоторые гены, мутация которых может повлиять на возникновение нескольких заболеваний. Гены, причастные к развитию шизофрении, увеличивают вероятность развития

МНЕНИЕ
ЭКСПЕРТА

В.П. Пузырев, директор Учреждения Российской академии медицинских наук НИИ медицинской генетики Сибирского отделения РАМН, академик РАМН:

– Область генетики в психиатрии, безусловно, является очень важной для нас. Сейчас есть заметный успех в исследовании генетики болезни Альцгеймера. Также идет активный процесс изучения генетики паркинсонизма. Благодаря новым знаниям появилась реальная возможность лечить людей. Что касается пренатальной диагностики, то она актуальна лишь в отношении менделевских форм. К сожалению, ее возможности ограничены, когда речь идет о болезнях, в основе которых лежит множество генов (*мультифокальность*).

других заболеваний, к примеру, биполярного аффективного расстройства.

При этом генная структура может быть лишь фоном, а катализируют заболевание факторы внешней среды. Насколько генетическая предрасположенность определяет заболевание? В какой мере оно зависит от внешних воздействий? Какова роль пренатальной диагностики? Исследователям еще предстоит ответить на многие вопросы...

ИССЛЕДОВАНИЯ И НАБЛЮДЕНИЯ

Психические расстройства у женщин с опухолями органов репродуктивной системы

А.Н. ЗОЛотова, к.м.н., врач-психиатр ФГУ «РНИОИ Росмедтехнологий»

Издавна известно о непосредственной связи психического и соматического начал в организме человека, и в последнее время интерес к этой проблеме только растет. Это связано с увеличением выявляемости психических расстройств у больных соматического профиля.

Распознавание психического расстройства у больных общего профиля часто вызывает сложности, связанные в первую очередь с наличием некоторых симптомов в структуре соматического синдрома.

Наглядная демонстрация тому – *посткастрационный синдром* у женщин.

Состояние психического статуса нами было оценено у 60 пациенток Ростовского научно-исследовательского онкологического

института, страдающих злокачественными опухолями женской репродуктивной системы (рак тела и шейки матки, опухоли яичников) в возрасте $50,2 \pm 4$ года, перенесших расширенную гистерэктомию и получающих очередной курс лучевой или химиотерапии.

Выявлено, что факторами, влияющими на изменения, происходящие в психической сфере у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы, являются:

(Окончание на стр. 8)



(Окончание. Начало на стр. 7)

1. Факт осознания наличия онкозаболевания.
2. Проявления заболевания (боль, кровотечение, слабость и другие).
3. Хирургическое лечение (с психологической точки зрения – удаление «символического органа» – матки, определяющего принадлежность к женскому полу, и гормонопродуцирующих органов – с физиологической точки зрения, что приводит к мощным гормональным изменениям в организме).
4. Изменения в интимной сфере.
5. Химиотерапия, лучевое лечение, сопровождающиеся побочными эффектами, нарушающими социальное функционирование и изменяющими внешность женщины.

В результате проведенного исследования у обследованных женщин выявлены психические расстройства:

- смешанная тревожная и депрессивная, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленные расстройством адаптации (F43.21, F42.22) в 56,6% случаев;
- другие реакции на тяжёлый стресс («ипохондриа здоровья») (F43.8) в 3,3% случаев;
- генерализованное тревожное расстройство (F41.1) в 5% случаев;
- депрессивный эпизод лёгкой степени без соматической симптоматики и с соматическими симптомами, рекуррентное депрессивное расстройство (F32.00, F32.01 F33.03), в 5,1% случаев;
- органическое астеническое расстройство в связи с соматическим заболеванием (F06.67) в 30% случаев.

Таким образом, у всех обследованных выявлены психические расстройства с преобладанием (в 75% случаев) тревожно-депрессивной симптоматики.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости участия в лечебном процессе врача-психиатра, что позволит женщинам с онкопатологией быстрее адаптироваться к новому состоянию жизни и повысить ее качество.



ЛИЧНОСТЬ В ИСТОРИИ: НЕИЗВЕСТНЫЕ СТРАНИЦЫ

**Жизнь как смертная
тоска по одиночеству**

А. КОРОЛЬЧЕНКО

В каждом человеке заключен целый мир, картинка которого меняется, как в kaleйдоскопе, в зависимости от угла зрения. Генезис творческой личности не объясняют в полной мере ни биография, ни творчество, ни профессиональные пристрастия. Только рассматривая все в комплексе, можно приблизиться к истине.



**«ИЗУЧАЙТЕ
ПСИХИАТРИЮ»**

«Если хотите сделаться настоящим писателем, кума, – изучайте психиатрию», – писал А.П. Чехов Т.Л. Щепкиной-Куперник. Занятия медициной оказали серьезное влияние на литературную деятельность писателя – они расширили область наблюдений и обогатили бесценным опытом. Много внимания уделял Чехов изучению психиатрии. Не сомневаясь в своем психическом равновесии, он все же жаловался своему другу Суворину: «Правда, нет особенного желания жить, но это пока не болезнь в настоящем смысле, а нечто, вероятно, переходное и житейски естественное». Если углубиться в исследование жизни и творчества Чехова, то можно заметить, что в его портрете присутствуют типичные черты психастеника.

значение, оправдать талант. Все раздражение выливалось в письмах к Суворину: «...Ах, если б Вы знали, как я утомлен! Утомлен до напряжения. Гости, гости, гости... Я ведь и из Москвы-то ушел от гостей... А мне надо писать, писать и спешить на почтовых, так как для меня не писать значит жить в долг и хандрить». Присутствие посторонних заставляло писателя охранять внутренний мир от нежелательных вторжений. Любителей лезть в душу грязными руками хватает всегда, поэтому приходилось постоянно занимать оборонительную позицию, что, естественно, мучило писателя и отнимало немногие силы, припасенные для творчества.

SOLO

Характерная для психастеника «смертная тоска по одиночеству» постоянно терзала писателя. Укрывшись в усадьбе, подальше от Москвы, он не избегал навязчивого внимания общественности к своей персоне и сетовал на то, что только ленивый не навещает его: «Моя усадьба стоит как раз на Каширском тракте, и всякий проезжий интеллигент считает должным и нужным заехать ко мне и погреться, а иногда даже и ночевать остаться. Одних докторов целый легион!». Из чувства деликатности, ради соблюдения правил приличия Чехов вынужден был принимать гостей, хотя всей душой стремился к уединению – состоянию, необходимому для творчества. Психастеники, не будучи приверженцами шумных сборищ, в блаженном покое восстанавливают энергию, затраченную на общение, не столько добровольное, сколько принудительное. Одержимый боязнью упустить что-то важное, не реализовать себя в полной мере, Чехов откровенно скучал на посиделках с посетителями. «...День проходит в еде, в слушании глупостей, вечером киснешь и хочешь одного – поскорее бы остаться solo». Самая лучшая компания – наедине с самим собой. Единственное, что имеет смысл – выполнить предна-

«НЕ ХВАТАЕТ СТРАСТИ...»

Осознание себя как творца парадоксально сочеталось в писателе с неуверенностью в себе, в своих творческих силах и своем предзнаменении. Как-то Чехов с горечью заметил, что в нем «не хватает страсти и, стало быть, таланта» для занятий литературой. «Я не разочарован, не утомился, не хандрю, а просто стало вдруг все как-то менее интересно». Психастеническая нерешительность в том, что касалось чувств, восполнялась размышлениями, причем тревожного и чрезмерного рода. Попытки трезво анализировать запутанные чувства заканчивались неудачей и только усугубляли душевные метания.

Тревожность вкупе с мнительностью, подруги суровых дней психастеников, не обошли вниманием и Чехова. Он жаловался Суворину: «На днях едва не упал, и мне минуту казалось, что я умираю: хожу с соседом-князем по алле, разговариваю – вдруг в груди что-то обрывается, чувство теплоты и тесноты, в ушах шум, я вспоминаю, что у меня подолгу бывают перебои сердца – значит, недаром, думаю; быстро иду к террасе, на которой сидят гости, и одна мысль: как-то нелепо падать и умирать при чужих». Последняя ремарка говорит сама за себя: при чужих нелепо жить, тем более, умирать.

«Психастения (от психо... и греч. *asthēnia* – слабость) – болезненное расстройство психики, характеризующееся крайней нерешительностью, боязливостью, склонностью к навязчивым идеям. Описана в 1903 году французским врачом П. Жане, считавшим, что характерное для неё ослабление способности к восприятию реальной действительности влечёт за собой постоянные сомнения и колебания, сосредоточенность на мнимых опасностях. По И.П. Павлову, в основе психастении лежат слабость подкорки и 1-й сигнальной системы, а также преобладание 2-й сигнальной системы. В современной медицине термин психастения применяется для обозначения либо одной из форм психопатии, либо невроза навязчивых явлений у психопатической личности.

Психастеники отличаются тревожно-мнительным характером, застенчивостью, малой инициативностью (при высоком уровне чувства долга), неданчивостью. У них легко возникают мучительные сомнения в правильности принятого решения, опасения, что взятые обязательства могут быть не выполнены. Из-за неуверенности в себе большой многократно проверяет свои действия (например, выключил ли газ, не опустил ли письмо мимо почтового ящика). Ожидаемая мнимая опасность для них тяжелее реальной. Умственные способности при психастении не страдают и могут быть весьма высокими (резко выраженные признаки психастении наблюдались, например, у Эмиля Золя в расцвете его творчества). Основным методом лечения психастении – психотерапия. Применяют также трудотерапию и медикаментозное лечение (психотропные средства и др.)» (БСЭ)

В письмах мелькают беспрепятственные жалобы на недомогания: «противная физическая и мозговая вялость», «безличное и безвольное состояние», «нервы скверные до гнусности». Поддавшийся тоске, он писал: «От жизни сей надлежит ожидать одного только дурного – ошибок, потерь, болезней, слабости и всяких пакостей...». Впрочем, Чехову ошибочно было бы приписывать ипохондрию. Исповедовать эпикурейский подход в жизни ему

мешала весьма серьезная причина: туберкулез. Долгое время писатель, несмотря на мучительное состояние, отказывался обследоваться. Он предпочитал закрывать глаза на происходящее: забота о здоровье представлялась ему излишней и внушала отвращение. Разумеется, Чехов-врач замечал признаки заболевания и прекрасно понимал, к чему все идет, но Чехов-человек отказывался верить в смерть, когда речь шла о нем самом. Идея конечности существования внушала ему ужас.

«ICH STERBE»

В переписке Чехова с близкими обращает на себя внимание обостренное восприятие смерти – еще одна черта, присущая психастеникам. «Смерть возбуждает нечто большее, чем ужас». По роду деятельности Чехов постоянно сталкивался со смертельно больными. Его поражало, что они, в преддверии конца, не чувствовали смерть – общались, плакали, улыбались. Будучи реалистом, Чехов не уповал на Бога, что тоже характерно: психастеники обычно не отличались глубокой религиозностью. Чехов упорно не желал признавать смерть, иначе в чем тогда смысл происходящего?.. «Смерть – жестокая, отвратительная казнь... Я не могу утешиться тем, что сольюсь с вздохами и муками в мировой жизни, которая имеет цель. Я даже этой цели не знаю...». Одержимый столь естественным для творца желанием, Чехов страстно стремился остаться живым после смерти – в произведениях, в памяти людей...

**«У МЕНЯ НЕ ХАРАКТЕР,
А МОЧАЛКА»**

Боязнь чрезмерной близости с женщиной и, вместе с тем, извечное стремление к ней разрывали писателя на протяжении всей жизни. Сюда примешивалась любовь к одиночеству, плохо совместимая с семейной жизнью. Со свойственной ему тонкой иронией Чехов именовал медицину законной женой, а литературу – любовницей. Оберегая свой душевный покой, Чехов страшился женитьбы и невольно причинял страдания влюбленным в него женщинам. «Я буду в восторге, если Вы приедете ко мне, но боюсь, как бы Вы не вывихнули Ваши вкусные хрящички и косточки. Дорога ужасная, тарантас подпрыгивает от мучительной боли и на каждом шагу теряет колеса. Когда я в последний раз ехал со станции, у меня от тряской езды оторвалось сердце, так что я теперь уже не способен любить». Женившись, в конце концов, на О.Книппер-Чеховой, писатель, казалось бы, вытянул счастливый билет. Жена месяцами отсутствовала, уезжая в Москву на спектакли, казалось бы, вот оно, блаженное одиночество. Но злая ирония судьбы заключалась в том, что теперь уже писателю нужна была не свобода, а забота – смертельная болезнь беспощадно подтачивала его. Умирал Чехов так же, как и жил, – в одиночестве.

Автор выражает благодарность С.В. Чокмосову за помощь в подготовке материала