

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

НОЯБРЬ
ДЕКАБРЬ
1998

6

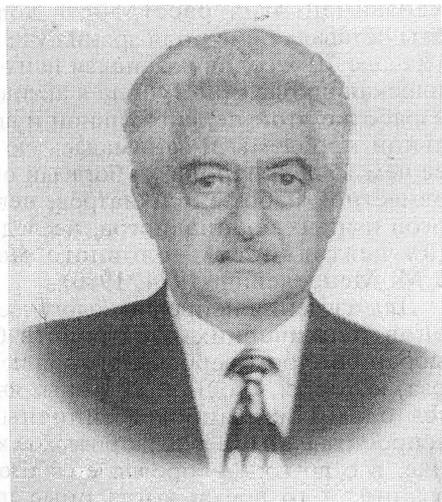
ТОМ
LXXIX

ИЗДАНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАТАРСТАНА,
СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ ТАТАРСТАНА И
КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

УДК 616.89(042)

ПСИХИАТРИЯ: НЕРАЗРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И НОВЫЕ К НИМ ПОДХОДЫ*

Д.М. Менделевич



С учетом особого положения психиатрии в медицине, а также существования на протяжении десятилетий в медицинской среде ряда заблуждений и предубеждений по отношению к психиатрической диагностике, терапии и связи психики и соматики в данной актовой речи представлены строгие научные факты и достижения современной мировой психиатрии, а также нерешенные к концу XX века проблемы. Сквозь призму этих явлений показаны роль и

* Актовая речь, произнесенная на заседании ученого совета Казанского государственного медицинского университета 15 мая 1998 г.

значение казанской психиатрической школы, существование которой является давно свершившимся фактом. Она считается одной из известнейших не только в России, но и на европейском континенте.

Наиболее общественно значимым достижением современной психиатрии стало правовое регулирование вопросов оказания психиатрической помощи. Если еще 35 лет назад американскую психиатрию — одну из самых передовых (не упоминая уже о советской и российской) критиковали за ортодоксальность и отсутствие научной парадигмы, в частности в диагностическом плане, то к концу века психиатрическая теория доказала свою строгую научность, а практика в подавляющем большинстве стран освободилась от предвзятости, субъективизма и правового нигилизма.

Революционным в этом отношении можно назвать Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, принятый в России в 1992 г. Российская психиатрия нашла в себе нравственные силы покаяться в совершенных грехах и кардинально изменить свое мировоззрение. Казанская психиатрическая школа активно участвовала в процессе подготовки данного Закона, принципиальных его положений, и это нашло отражение во впервые

разработанных и опубликованных в России учебниках по психиатрии, в которых изложена строго научная феноменологическая парадигма психиатрической диагностики (В.Д. Менделевич, 1995, 1997). По данному учебнику в настоящее время изучают психиатрическую науку более чем в 10 вузах страны.

Второй немаловажной заслугой психiatров можно назвать активное участие в разработке деонтологических аспектов медицины. В частности, по настойчивым рекомендациям психиатрической общественности, в том числе и казанской, Министерством здравоохранения Российской Федерации в 1995 г. был принят приказ, позволяющий врачам многих специальностей, в частности психиатрам, дерматологам, наркологам, фтизиатрам и некоторым другим, не указывать в больничных листах пациентов диагнозы их заболеваний, а также не ставить штампы больниц, диспансеров, поликлиник, содержащих указание на их профиль (приказ № 128 от 17.05.95). Принятие данного приказа вытекало из утвержденного ранее Закона о психиатрической помощи.

Особым достижением психиатрии второй половины и конца XX века можно считать возникновение и развитие психофармакотерапии психических заболеваний. Именно с фактом появления психотропных лекарственных средств можно связать кардинальное изменение облика психиатрических лечебниц. Тесное сотрудничество казанских психиатров с фармакологами медицинского университета — проф. И.В. Заиконниковой, проф. Р.С. Гараевым, проф. И.В. Зимаковой, проф. И.А. Студенцовой и другими известными специалистами — привело к использованию в психиатрической практике таких препаратов с психотропной активностью, как мебикар, фосфабензид, димефосфон. Производное бициклических бисмочевин — мебикар — оказался эффективным в качестве дневного транквилизатора при лечении невротических расстройств, а транквилизатор фосфабензид, представляющий группу гидразидов фосфорилированных карбоновых кислот, стал новым эффективным средством терапии алкоголизма. Кроме того, совместные работы психиатров и фармакологов способствовали внедрению в психиатрию препарата метаболической терапии димефосфона, используемого в настоящее время при

интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых нарушениях у взрослых и детей.

Глубокие совместные исследования клинического эффекта новых психотропных препаратов, проведенные в разное время сотрудниками кафедры психиатрии КГМУ (А.М. Карповым, Н.А. Блюхеровой, С.А. Акберовой) до настоящего времени являются одними из приоритетных направлений научных изысканий.

К наибольшим научным успехам казанской психиатрической школы за последние десятилетия следует отнести разработку концепций патогенеза некоторых психопатологических синдромов (в частности вербального галлюциноза) и антиципационных психологических механизмов невротогенеза. Если клинику психических расстройств изучали в XX веке достаточно успешно, то анализ связей психопатологических синдромов с деятельностью мозга и мозговой локализацией этих расстройств долгие годы оставался вне поля зрения ученых. В начале 70-х годов казанская психиатрическая школа приступила к активной разработке этой перспективной и актуальной проблемы и занималась ею более чем 15 лет, используя богатый опыт совместной работы психиатров, неврологов и иных специалистов, исследующих деятельность головного мозга (Д.М. Менделевич, 1974, 1980).

Для изучения нейрофизиологических основ психических расстройств был выбран синдром вербального галлюциноза, который, с одной стороны, является одним из наиболее типичных и распространенных в психиатрической клинике, а с другой — проявляется изолированно, в то время когда иные признаки болезни еще не обнаружались или уже нивелировались. Для данного синдрома характерна также высокая терапевтическая резистентность. Психопатологические, нейрофизиологические, неврологические, отоневрологические и пневмоэнцефалографические обследования больных этой группы позволили нам сформулировать гипотезу, согласно которой в основе протрагированного вербального галлюциноза лежит формирование сложной констелляции мозговых нейронов, образующих замкнутую функциональную систему, связанную с функцией речи, мышления и памяти. Было известно (П.К. Анохин, 1968), что

состав любой функциональной системы не определяется топографической близостью структур или их принадлежностью к какой-либо существующей анатомической системе (вегетативной, соматической). В нее могут быть избирательно вовлечены как близко, так и отдаленно расположенные структуры организма. Она может вобрать в себя элементы любых цельных в анатомическом отношении систем и отдельных органов. Единственным фактором, определяющим избирательность этих соединений, является биологическая и физиологическая архитектура самой функции.

В этом плане представлялись важными высказывания Д.О. Хебб (1949) о том, что часто повторяющаяся стимуляция приводит в итоге к объединению нейронов в клеточные единства с последующим самостоятельным функционированием в качестве замкнутой системы. Деятельность последней может стимулироваться функционированием других систем, сенсорными раздражителями или теми и другими вместе. Такая стимуляция при длительном ее существовании может вызвать структурные изменения в синапсах нервных клеток.

Исходя из существовавших к этому времени представлений можно было допустить, что связи между нейронами, входящими в такую систему, устанавливаются благодаря облегчению проведения импульсов, вызванному длительной импульсацией из галлюциногенного очага. Указанная система нейронов, обладающих повышенной возбудимостью, может приводиться в активное состояние либо непосредственными дополнительными воздействиями на нее различных раздражений, либо влияниями из других отделов мозга, в частности из ретикулярной формации.

В процессе выработки гипотезы возникал вопрос, каким образом неспецифические структуры стволовых образований способствуют не диффузной, а избирательной генерации вербального галлюциноза. Когда отмечают изолированность вербального галлюциноза, то имеют в виду относительность этого положения. По существу, представить себе вербальный галлюциноз абсолютно изолированным невозможно. Не может быть галлюциноза, который не сопровождался бы эмоциональными или поведенческими реакциями. К их появ-

лению имеет непосредственное отношение диффузное влияние стволовых образований. Представление о неспецифическом действии ретикулярной формации на кору также является относительным. Как было показано П.К. Анохиным и его сотрудниками, восходящее активирующее влияние ретикулярной формации на кору в зависимости от биологической модальности раздражителя оказывается способным избирательно заряжать энергией элементы различных функциональных систем. Клинической аналогией такого положения может служить тот факт, что разнообразные, в том числе и интероцептивные раздражения, поступающие в мозг, могут поддерживать тонус патологической функциональной системы. Известно, например, что у больных, страдающих хроническим алкогольным галлюцинозом, обострения заболевания возникают не только под влиянием алкоголизации, но и при воздействии других факторов — физиологических и психогенных.

На основании анализа нами был сделан вывод о том, что в основе механизмов протрагированного истинного вербального галлюциноза лежит возникновение стойкой функциональной системы, включающей элементы различных мозговых структур. Одним из этих элементов может быть галлюциногенный очаг, являющийся источником постоянного патологического раздражения и выполняющий функцию пейсмекера. В определенных условиях легкое локальное органическое повреждение, будучи источником такого раздражения, может способствовать формированию патологической системы, лежащей в основе галлюцинирования.

По нашему мнению, для возникновения синдрома вербального галлюциноза необходимо сочетание ряда следующих условий, обеспечивающих формирование стойкой системы галлюцинирования:

— очаг поражения коры в виде локальной атрофии корковых клеток, ишемии, кровоизлияния, менингеоцеребральных рубцов должен стать источником постоянной патологической импульсации;

— в силу различных воздействий (как физиологических, так и психических) должна сложиться доминирующая функциональная система корковых связей, притягивающая к себе энергию галлю-

циногенного очага. В формировании этой доминанты играют роль модально-специфические влияния со стороны ретикулярной формации и задних отделов гипоталамической области;

— в связи с поражением одного или нескольких звеньев слухового анализатора должно сформироваться патологическое состояние этой системы, проявляющееся повышением возбудимости ее элементов.

Если все указанные условия налицо, то наступает длительный и субъективно неосознаваемый больным процесс проторения новых связей с образованием новой открытой системы галлюцинирования, энергия которой постоянно поддерживается патологическим пейсмейкером — галлюциногенным очагом. Стойкость последнего определяется органической его природой. Дополнительные патогенные влияния (интоксикации, инфекционные заболевания, психогении), будучи реализованы через посредство ретикулярной формации и других центров, регулирующих состояние возбудимости мозговых структур, завершают этот процесс интеграции подсистем в единую функциональную систему галлюцинирования и приводят к манифестации галлюциноза, иными словами, — к субъективному его осознанию больным.

Выдвинутая гипотеза подтвердилась результатами исследований известного казанского рентгенолога проф. М.Х. Файзуллина. По его рекомендации и при непосредственном его участии были проведены локальные воздействия с помощью рентгеновского облучения на участки головного мозга, в которых электроэнцефалографически и неврологически фиксировался галлюциногенный очаг. После 5—10 сеансов такого локального воздействия у 62,5% пациентов наступало значительное улучшение психического состояния, причем у 29,2% из них галлюциноз исчезал полностью. До лечения же в клинической картине психического заболевания у этих пациентов доминировал синдром хронического вербального галлюциноза. Полученные результаты лечения убедительно подтвердили наше предположение о существовании связи между локальным органическим поражением головного мозга и механизмами галлюциноза как одного из типичных психопатологических синдромов.

Из достижений казанской психиатрической школы в последнее десятилетие следует отметить создание новой концепции неврозогенеза, основанной на этиологической и патогенетической роли антиципационных психологических механизмов (В.Д. Менделевич, 1988, 1994). Современная неврология представлена тремя малопересекающимися научными направлениями, которые условно можно обозначить как нейрофизиологическое, психологическое и социальное. В рамках первого направления неврозогенез рассматривается как производное от “minimal brain disfunction” и исследования направляются на поиск материального субстрата заболевания. При психологических исследованиях исходят из представления о главенствующей роли в происхождении невротических расстройств нарушения механизмов целеполагания, уровня притязаний, самооценки личности и некоторых других психологических феноменов. Социальное направление принимает за невроз “вредную привычку неадаптивного поведения”, отрицает его нозологическую сущность и нацелено на раскрытие связей социума и дезадаптивного поведения человека.

Наиболее распространенной в отечественной неврологической литературе считается выдвинутая В.Н. Мясищевым (1960) и развитая его учениками патогенетическая модель невротического симптомообразования, основанная на представлении об измененной системе отношений личности невротика. Однако и на базе этой теории не в полной мере возможен анализ происхождения невротических расстройств. Непонятно, к примеру, почему одни и те же значимые события, которые должны вызывать невроз, исходя из теоретических постулатов, в одних случаях преодолеваются личностью, а в других — приводят к психической болезни. Кроме того, патогенетическая терапия неврозов, разработанная на основании теории личности В.Н. Мясищева, способна привести к излечению от заболевания лишь не более 65% больных.

Все перечисленные выше факты, а также отдельные указания исследователей о значении антиципации и вероятностного прогнозирования в происхождении пограничных психических расстройств привели к необходимости специального изучения и анализа роли

и места антиципационных механизмов в этиологии и патогенезе невротических расстройств. На основании многолетних исследований, проведенных на кафедре психиатрии КГМУ, была выдвинута, обоснована и апробирована антиципационная концепция механизмов невротогенеза (В.Д. Менделевич, 1988, 1990, 1994, 1996). В соответствии с данной концепцией в механизмах невротогенеза этиологическую и патогенетическую роль играют особенности функционирования вероятностного прогнозирования и антиципации. Под антиципацией в современной психологии понимается способность человека предвосхищать ход событий, прогнозировать поведение окружающих, собственные реакции и поведение, строить вероятностный прогноз, основываясь на прошлом опыте (Б.Ф. Ломов, 1991). Одним из наиболее значимых для невротического симптомообразования оказался факт малой прогнозируемости психотравмирующих событий людьми, заболевшими неврозом, что отличало их по данному параметру от невротостойчивых лиц. Вследствие неожиданности воздействия психотравмирующего агента и появления антиципационно обусловленных аффективных феноменов (обиды, разочарования, недоумения) система психокоррекции и копинг-процесс на фоне выраженных эмоциональных расстройств включаются с запаздыванием. Все это приводит к срыву адаптационных механизмов и к развитию невротических симптомов.

В практическом плане значимым достижением казанской психиатрической школы является разработка проблем так называемой экологической психиатрии, проводимая в стенах КГМУ сотрудниками кафедры психиатрии проф. К.К. Яхиным, асс. Т.Н. Орловой и другими сотрудниками совместно со специалистами в области гигиены чл.-корр. РАМН проф. Н.Х. Амировым и доктором мед. наук А.В. Ивановым. Разработка вопросов промышленной и экологической психиатрии была обусловлена их высокой практической значимостью. До 80-х годов предметом изучения индустриально-ориентированной психиатрии были преимущественно выраженные формы экзогенно-органических психотических и непсихотических расстройств (И.Г. Равкин, 1972; Р.Г. Голодец, 1975, 1983; М.С. Розова и соавт., 1977; Б.Н. Пивень, 1974,

1988). Для квалификации подобных состояний и выбора методов их лечения использовались те психопатологические дефиниции, которые были разработаны клинической психиатрией.

Иная ситуация сложилась в середине 80-х годов. Серьезные успехи промышленной гигиены, изменение технологии производства привели к резкому сокращению грубых форм экзогенно-органических расстройств. В то же время существенно увеличилось число заболеваний, обусловленных воздействием факторов малой интенсивности, среди которых важное место принадлежит производственному и транспортному шуму, вибрации, профессиональному и непрофессиональному облучению неионизирующими и ионизирующими излучениями, которые оказывают непосредственное влияние на ЦНС. К тому же многие работники промышленных предприятий проживают в неблагоприятной экологической среде, что приводит к явлению функциональной и прямой кумуляции результатов воздействия производственных и внепроизводственных факторов. Так, в 1990 г. в 85 городах страны, где проживали 23 млн. человек, показатели атмосферного загрязнения воздуха вредными веществами, обладающими выраженным нейротропным действием (оксид углерода, оксид азота, углеводороды), превышали ПДК в десятки раз. По России 60,9% мужчин и 44,5% женщин из числа рабочих промышленных предприятий трудятся во вредных и особо тяжелых условиях. К этому следует добавить и экологические катастрофы, сопровождающиеся резким ростом частоты пограничных психических расстройств (Ю.А. Александровский).

Казанскими психиатрами (К.К. Яхин и сотр., 1979, 1981) были обследованы свыше тысячи рабочих промышленных предприятий, подвергающихся воздействию различных техногенных сред: (клепальщики, фрезеровщики, штамповщики, полировщики, настройщики), воздействию шума и локальной вибрации (80—130 дБ), работники производства кино- и фотопленки (визитажники, резчики, упаковщики), работающие в условиях полной темноты, неактивного освещения и воспринимающие окружающую обстановку только под контролем тактильного и проприорецептивного анализаторов (зрительная депривация), а также испытывающие воз-

действие электромагнитного поля с плотностью потока мощности до 1 мкВт/см².

Полученные результаты клинико-психопатологических, электрофизиологических и экспериментально-психологических исследований показали, что результаты воздействия производственных факторов определяются не только их физическими параметрами, но и воздействием генетическим и социальным программам человека. Более яркая и специфическая клиническая картина психической дезадаптации возникает у работников в условиях сенсорной депривации. Значительно реже встречаются состояния психической дезадаптации при воздействии шума и СВЧ-поля ($P < 0,001$). Если шум является постоянным спутником человека и только превышение им уровня до 70—80 дБ приводит к появлению фрустрации, то СВЧ-поле не воспринимается через анализаторные системы.

В зависимости от того, воспринимаются или не воспринимаются техногенные среды, реализуются и различные механизмы психической адаптации. Адаптация к сенсорной депривации и к шуму реализуется с вовлечением в оценку ситуации личностно-характерологических структур. Сенсорную депривацию интроверты и лица с акцентуацией характера по шизоидному типу переносят легче, шум же, наоборот, хуже, особенно при наличии в структуре характера тревожно-мнительных черт ($P < 0,001$). При воздействии СВЧ-поля более важным является конституционально-детерминированная или приобретенная неустойчивость биологических структур, обеспечивающих механизмы вегетативной регуляции.

Формирование психических нарушений в условиях адаптации к техногенной среде проходит несколько этапов (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич, 1985, 1990). Первый этап — это процесс “симптомообразования без болезни”. Для него характерно ослабление барьера психической адаптации, проявляющееся формированием эмоциональных, астенических, вегетативных, характерологических и личностных реакций. Они, как правило, не имеют синдромологической завершенности, носят парциальный характер, ограничены во времени и во многом зависят от производственных и социально-психологических коллизий.

При клиническом обследовании больных обращают на себя внимание скупость в изложении ими жалоб, их относительная малочисленность, ограниченная в основном соматической или вегетативной сферой. Однако при экспериментально-психологических исследованиях выявляются значительное снижение социальной адаптации, повышение показателей тревожности и неадекватные способы компенсации по данным тестов Роршаха и Люшера. Название этого этапа разными авторами обозначается неоднозначно (“предболезнь”, “субклинический этап”, “непатологические аномальные реакции”). Нами этот этап определен как преклинический или “симптомообразование без болезни”, в котором отражается, на наш взгляд, важный прогностический признак. Частота выявления симптомов в этой популяции с помощью унифицированных методов исследования оказывается выше контрольных данных ($P < 0,001$). Объективно на данном этапе симптомы существуют, отражая напряжение механизмов адаптации и фиксируя уровни реагирования систем психической адаптации, хотя субъективно больными не осознаются.

Дальнейшая динамика этих состояний зависит от продолжения контакта с профессиональными вредностями и от феномена субъективной значимости этих симптомов для данной личности, что определяется как его преморбидными характеристиками, так и социально-психологическими коллизиями. Оба фактора могут привести к самостоятельному формированию различных нозологических единиц в виде классических невротических реакций, неврозов и разлитой личности или производственно-обусловленных нервно-психических нарушений.

Второй этап — это этап функциональных расстройств, который знаменует собой возникновение неврозоподобных и характерологических расстройств, имеющих отчетливую синдромологическую завершенность и относительное постоянство. Длительность их формирования, как и их клинические проявления, различны и во многом зависят от преморбидных характеристик личности и от вида профессиональных воздействий. Для сенсорной депривации этот срок колеблется от 5 до 12 лет, при воздействии шума — от 8 до 14 лет, СВЧ-поля — от

6 до 15 лет. Наиболее типичным механизмом формирования этих расстройств являются характерологические развития. На этом этапе достаточно отчетливо проявляются как общепатологические синдромы, так и относительно специфичные пограничные психические нарушения, свойственные тем или иным производственным факторам. Применение многомерной статистики (метод главных компонент и кластерный анализ) позволили выделить шесть кластеров, в которых по-разному распределились больные, работающие в условиях темноты, шума и СВЧ-воздействия.

Таким образом, естественный ход развития самой клинической психиатрии, изменение перспектив его развития и объектов исследования, с одной стороны, а также дальнейший рост непсихотических расстройств наряду со стремительно ухудшающейся экологической ситуацией — с другой, делают необходимым объединение усилий многих специалистов в рамках единой науки — экологической психиатрии (В.Я. Семке, 1991; Б.П. Пивень, 1991). Эта наука возникает на стыке многих дисциплин — экологии человека, социальной и клинической психиатрии, социологии, физиологии и психологии труда, гигиены труда и профессиональных заболеваний, эволюционной физиологии и биохимии, изучает закономерности психической адаптации человека в экологических системах. Объектом экологической психиатрии являются психические явления, процессы адаптации, психические расстройства и их патогенетические механизмы, а также патоморфоз психических заболеваний у индивидуумов, находящихся в определенных экологических нишах (географических и климатических, экспериментальных и техногенных) и в тех условиях, которые могут быть результатом экологических катастроф — природных и техногенных (Ю.А. Александровский, 1991).

Таким образом, у экологической психиатрии есть свои, отличные от других дисциплин, задачи — охрана психического здоровья населения в быстро изменяющейся экологической среде. Она должна способствовать развитию тех видов техногенных сред и технологий, которые бы не грозили психическому здоровью нынешних и будущей поколений. Развитие экологической психиатрии может иметь и важный прогности-

ческий аспект, связанный с возможным освоением человечеством новых экологических ниш на Земле и в космическом пространстве.

К достижениям современной психиатрии (в том числе казанской) можно отнести существенный вклад в развитие психосоматической медицины (В.Д. Менделевич, 1984, 1994, 1996; Е.А. Сахаров, 1991; Э.В. Макаричева, 1995; В.В. Васианова, 1996 и др.). Справедливости ради следует отметить, что выход психиатрии за стены психиатрических больниц не всеми медиками воспринимается положительно. Многие интернисты продолжают игнорировать психологические аспекты соматического страдания, углубляясь в инструментальное изучение патологии и вытесняя значимость учета личностных особенностей пациента.

В настоящее время в психосоматической медицине накоплен богатый фактический материал о психогенных причинах и механизмах многих соматических заболеваний. Известен так называемый “спектр психосоматических заболеваний”, в котором распределены соматические болезни по степени психогенной или личностной обусловленности. Бесспорным научным фактом, отраженным в учебниках, является представление о 7 классических психосоматических заболеваниях (“holy seven”). К ним в настоящее время относят эссенциальную гипертензию, язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки и язвенный колит, бронхиальную астму, нейродермиты, ревматоидный артрит и гипертиреоз. Согласно результатам других исследований, к психосоматическим болезням следует причислить также сахарный диабет.

В литературе по психосоматической медицине имеется описание тех или иных личностных и психогенных патогенетических механизмов перечисленных заболеваний, при этом основной рекомендацией является обязательное включение в терапевтические мероприятия психотерапии. Наряду с психосоматическими заболеваниями, психиатры и медицинские психологи выделяют конверсионные и функциональные симптомы при соматической патологии и предлагают интернистам учитывать факт психогенной обусловленности этих клинических проявлений в терапии. К наиболее часто наблюдаемым психосоматическим расстройствам относят сердеч-

но-сосудистые, желудочно-кишечные, аллергические, неврологические, сексуальные, нарушения пищевого поведения и расстройства органов дыхания.

Подведем итог наиболее значимых успехов психиатрической науки и практики: это правовое регулирование взаимоотношений психиатра и пациента, внедрение психофармакотерапии в лечение психических заболеваний, разработка теорий неврозогенеза и патогенеза некоторых психопатологических симптомов и синдромов, а также клинических аспектов влияния промышленного производства на психическое состояние работников вредных производств и, наконец, развитие и становление психосоматической медицины как науки.

Конечно же, достижения современной психиатрии в целом и вклад казанской психиатрической школы в частности не являются причиной для самоуспокоения. Решение проблем, возникавших в области отечественной психиатрии в XX веке, сочеталось с накоплением все новых и новых, появление которых было связано как с существенным развитием медицины, так и со значительными социальными изменениями в России.

К числу проблем, с которыми столкнулась отечественная и мировая психиатрия и которые, несомненно, будут определять научные и практические приоритеты ученых-психиатров в начале XXI века, следует отнести широкий круг социально-стрессовых психических расстройств и форм девиантного поведения в ответ на значимые микро- и макросоциальные изменения. Можно утверждать, что биологическая парадигма психиатрии сменится на социально-психологическую. Уже сегодня отмечается диспропорция распространенности психических заболеваний в сторону явного преобладания непсихотических (невротических) форм патологии над психотическими. Психиатры все чаще имеют дело не с бредом и галлюцинациями, а с отклонениями в поведении и с патологическими реакциями на стресс. В области психиатрической науки расширяется круг изучаемых феноменов, в первую очередь, за счет психологически родственных. Происходит процесс, который назвали "экспансией" психиатрии. Но, заметим, термин "экспансия" все чаще используется в позитивном контексте.

Основной проблемой в ближайшем времени станут социально-стрессовые психические расстройства и посттравматический стресс. В мировой литературе об этой проблеме заговорили достаточно давно — в 70-х годах, однако в России активное обращение к ней произошло лишь в последнее десятилетие в связи с быстрым распространением психических нарушений, обусловленных социальными факторами. Описанный американскими коллегами на основании изменений психики участников вьетнамской войны феномен посттравматического стресса в силу кардинальных социально-политических пертурбаций середины и конца 80-х годов приобрел типичный характер.

Под посттравматическим стрессовым расстройством понимается отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое, выходящее за рамки обыденных житейских ситуаций событие. Вначале к ним были отнесены лишь военные действия. Однако вскоре жизнь предоставила ученым широкое поле для изучения явления, переставшего быть экзотическим.

В современной России посттравматическое стрессовое расстройство, как правило, обуславливается следующими факторами: военными действиями (в Афганистане, Чечне и пр.), природными и искусственными катастрофами, террористическими актами (в том числе взятием в заложники), службой в армии, отбыванием заключения в местах лишения свободы, различными видами насилия.

Типичными признаками психического расстройства у участников перечисленных трагических событий являются эпизоды повторного переживания психической травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), кошмарных сновидений, отчуждение от других людей, утрата интереса к жизни и эмоциональная притупленность, уклонение от деятельности и ситуаций, напоминающих о трагическом событии (Б.Д. Цыганков, 1995). Подобное психическое состояние нередко провоцирует иные аномальные формы поведения, ведет к аддикциям, желанию оградиться от реальности, уйти в мир фантазий и грез с помощью наркотических веществ или алкоголя.

Распространенность посттравматического стрессового расстройства уступает в настоящее время в условиях Рос-

сии социально-стрессовым расстройствам в широком понимании данного термина. Естественно, что число лиц, перенесших прямое физическое и психическое насилие или участвовавших в боевых действиях, несравнимо с числом тех, кто испытывает так называемый стресс повседневной жизни, находясь в сложных жизненных ситуациях, не в последнюю очередь обусловленных макросоциальными факторами.

По данным некоторых отечественных психиатров, число сограждан, нуждающихся в лечебно-консультативной помощи психиатра, психолога или психотерапевта, исчисляется десятками миллионов (Т.Б. Дмитриева, 1995). Считается, что наиболее часты среди социально-стрессовых расстройств невротические и психосоматические нарушения, делинквентные и аддиктивные формы аномального поведения, донозологические психические расстройства психической адаптации.

В 1991 г. на основе анализа состояния психического здоровья в России и бывших республиках Советского Союза проф. Ю.А. Александровским было выдвинуто предположение, что существует группа так называемых социально-стрессовых расстройств, которая определяется складывающейся психогенно-актуальной для большого числа людей социально-экономической и политической ситуацией. В течение последующих лет опыт работы по оказанию помощи лицам с состояниями психической дезадаптации, возникшими в условиях социальных изменений в постсоциалистическом обществе, и больным с невротическими и соматическими расстройствами позволил дать более подробную характеристику социально-стрессовых расстройств.

В современных условиях психика многих людей оказывается недостаточно пластичной для быстрого и адекватного приспособления к стремительно меняющимся условиям жизни, что приводит к развитию разнообразных поведенческих девиаций, связанных с кризисом идентичности. Проф. Б.С. Положий (1996) выделяет четыре варианта кризиса идентичности, проявляющегося как на донозологическом, так и на нозологическом уровне, — аномический, диссоциальный, негативистический и магический.

Перечисленные формы кризиса идентичности тесно связаны с девиантными и, в частности, с аддиктивным аномальным поведением, распространенность которого стремительно увеличивается. Основой психологической мотивации выбора человеком данного поведения служит снижение способности испытывать яркие эмоции, чувствовать, переживать и сопереживать, преодолевать субъективно-психологические и жизненные конфликты. К аддиктивным формам поведения человек обращается “от скуки” и кажущейся серости жизни. В виде аддикции, или катализатора искусственного заменителя реальности, выступают алкоголь, наркотики и токсические вещества, религия, пища, технические средства (например, компьютеры), азартные игры и секс.

Остановимся на аддиктивных формах девиантного поведения несколько подробнее. По данным наркологической службы Республики Татарстан, отмечается очевидное перераспределение пациентов по нозологическим группам в сторону утяжеления диагноза. За последние 3 года число лиц, перенесших алкогольные психозы, возросло на 25%; также существенно увеличилось число лиц, страдающих наркоманиями и токсикоманиями. Так, в 1993 г. показатели алкоголизма составляли 10,40 на 10 тыс. населения, наркомании — 0,10, токсикомании — 0,08, в 1994 г. — соответственно 9,48, 0,20, 0,01, в 1995 г. — 11,70, 0,68, 0,05, в 1996 г. — 10,20, 0,90, 0,17, в 1997 г. — 10,05, 1,25, 0,16.

Следует отметить, что речь идет лишь о зарегистрированных пациентах, впервые взятых на учет. Косвенно о распространенности употребления наркотиков и токсических веществ можно судить по числу лиц, нуждающихся в проведении наркологических экспертиз. Оказалось, что данный показатель за последние 4 года вырос в 4 раза. Кроме того, по данным судебных психолого-психиатрических-наркологических экспертиз, в 40 раз увеличилась частота случаев злоупотребления наркотическими веществами и в 5 раз — наркомании.

Приведенные эпатазирующие показатели распространенности употребления и злоупотребления наркотическими веществами требуют от психиатров и психологов строгого научного анализа причин и мотивов выбора данного стиля

поведения с учетом культуральных, социальных и иных факторов. В настоящее время можно утверждать, что “иллюзорно-компенсаторная наркотическая деятельность” человека базируется на расстройствах адаптации к макро- и микросоциальным процессам, отсутствии четко сформированной в обществе педагогической стратегии.

Не менее острой становится проблема суицидального поведения лиц, находящихся в кризисных психологических ситуациях. В современных условиях можно отметить устойчивую тенденцию к росту числа лиц, совершающих суициды. Так, в 1992 г. количество завершённых суицидов (на 100 тыс. населения) в Республике Татарстан составляло 30,2, в 1993 г. — 40,3, в 1994 г. — 46,7, в 1995 г. — 46,6, в 1996 г. — 41,5, в 1997 г. — 44,2. К 1994—1995 гг. по сравнению с 1992 г. их рост составил 16%.

Распространенность самоубийств в России долгие годы была неодинаковой в различных регионах. Так, наибольшая частота завершённых суицидов отмечалась в Удмуртии и Республике Марий Эл (40—60 на 100 тыс. взрослого населения). Татарстан уступает, к примеру, Удмуртии, однако отставание сокращается. Наблюдается нивелирование региональных различий (частотных характеристик). По социальному статусу распределение суицидентов, как правило, оказывается следующим (А.И. Лазебник, В.В. Васильев, В.Ю. Кочуров, 1996): рабочие — 49,1%, пенсионеры — 27,8%, остальные социальные группы — от 3 до 9%. Можно предположить, что актуальность изучения социально-психологических особенностей лиц, склонных к суицидальному поведению, будет возрастать.

Несомненно важной и социально опасной становится проблема религиозного фанатизма, ухода в религиозные секты, которая не является сугубо психиатрической. Ее следует разделить на две части. Изучение первой предполагает оценку роли психической патологии и психологических особенностей людей, склонных к уходу в нетрадиционные для нашей страны религиозные объедине-

ния, второй — исследование характера психологического воздействия с возможностью провоцирования или вызывания психической патологии с помощью религиозных обрядов и традиций религиозных конфессий. Общество, как правило, пытается нацелить психиатров на решение данной проблемы, обосновывая это тем, что в так называемых тоталитарных сектах используются методы зомбирования или кодирования и именно эту сторону следует тщательно изучать. Здравомыслящие же психиатры убеждены, что проблема не в том, какие психологические воздействия применяют руководители подобных религиозных объединений (тем более что серьезно вести речь о зомбировании или кодировании некорректно с научной точки зрения). Главное заключается в выделении таких психологических особенностей (свойств темперамента, характера, личности) и микросоциальных факторов, которые способствуют уходу человека от мирской жизни, разрыву с семьей и традиционным социумом, с переключением интересов исключительно на религиозную, часто миссионерскую деятельность.

В настоящее время начато изучение данного вопроса (Ю.С. Савенко, 1995; Ф.В. Кондратьев, 1996; Ю.И. Полищук, 1997 и др.), однако в психиатрическом сообществе существуют принципиально различные подходы. Существование спора заключено в квалификации психического состояния лиц, участников так называемых тоталитарных сект. Одни ученые рассматривают их в рамках психологических феноменов, в частности аддикций, другие считают их психопатологией и пытаются дифференцировать, к примеру, религиозные и псевдорелигиозные формы бреда.

Анализ приведенных проблем, конечно же, не исчерпывает всего многообразия аспектов современной психиатрии. Однако новые решения и подходы к этим психиатрическим проблемам, в том числе разрабатываемые казанской психиатрической школой, несомненно, принесут свои плоды.