

Психическое здоровье в современной России

КОРОЛЕНКО Ц.П. член.-корр. РАН ВШ, д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии Новосибирской ГМА
ЗАГОРУЙКО Е.Н. к.м.н., асс. кафедры психиатрии и наркологии Новосибирской ГМА

Рассматриваются основные биосоциальные факторы риска развития ряда социально опасных психических расстройств и, в частности, связанных с потреблением психоактивных веществ и формированием химической зависимости. Многоаспектный анализ проблемы аддиктивного поведения показывает необходимость ее комплексного решения.

Последнее десятилетие в России характеризуется значительными изменениями, затрагивающими основные аспекты жизни: социальный, культуральный, экономический, правовой, религиозный и др. Эти изменения носят прогрессирующий характер и предъявляют принципиально новые требования к приспособлению и адаптации широких слоев популяции. По сути, происходит ускоренная трансформация прежнего, традиционного общества в современное. Общество бывшего СССР, несмотря на свой тоталитарный характер, обладало рядом признаков, свойственных традиционным обществам:

1. Наличие прочных интергенерационных связей и преемственности, в результате которых модели поведения, системы ценностей, свойственные предшествующему поколению, в малоизмененном виде передаются и более или менее успешно усваиваются и применяются последующим поколением;

2. Присутствие стабильности и малой выраженности изменений в различных сферах жизни, замедление социального прогресса, что непосредственно связано с адаптацией в традиционных обществах;

3. Наличие прочных внутрисемейных отношений, разносторонней поддержки, включая членов так называемой большой семьи.

В настоящее время России присуще появление особенностей, специфичных для современного общества:

1. Значительное ослабление интергенерационных связей с неадекватностью для сегодняшнего поколения моделей, применяемых предшествующим поколением, когда модели ролевого поведения, наработанные родителями для их собственной адаптации, обрекают детей на катастрофу и поражение в новых условиях;

2. Потеря стабильности, нарастание количества изменений в единицу времени в основных экзистенциально важных сферах;

3. Гиперстимуляция на информационном уровне и необходимость принятия большого количества жизненно важных решений в сравнительно короткое время. Быстрая устареваемость информации, постоянная необходимость приобретения новых знаний и новых профессиональных навыков;

4. Распад большой семьи и ослабление связей внутри ядерной семьи, учитывая занятость родителей, проблему рабочего голизма, а также тот факт, что прародители в развитых странах экономически независимы и реализуют собственные интересы.

Сегодня российское общество представляет собой переход от традиционного, тоталитарного советского общества к современному. Для России характерны множество изменений, ряд из которых несет негативную нагрузку, непредсказуемость развития событий в ближайшее время.

Кроме того, российское общество находится под давлением таких факторов, как:

чрезвычайная экономическая поляризация общества с практически отсутствующим средним классом;

потеря социальной уверенности в связи с низким уровнем жизни и негарантируемостью социальной помощи в чрезвычайных ситуациях;

отсутствие личной безопасности в связи с нарастающей криминализацией общества;

дискриминация по половому, национальному (на бытовом уровне) и возрастному признакам;

проблема беженцев;

возрастающая безработица;

недоступность эффективной медицинской помощи для большей части популяции, в связи с ее дороговизной.

Влияние данных факторов приводит к состоянию эмоционального напряжения, дистресса и рождает новые формы патологии, относящиеся к категории психических расстройств. Происходит трансформация структуры психических нарушений и нарастание количества расстройств, не входивших в принятую еще в СССР классификацию психических болезней. Ситуация не менялась до 1999 г., введение новой классификации искусственно задерживалось. В результате имел место феномен “бегства от диагностики” социально обусловленных расстройств, которые не распознавались.

Таким образом, большинство психических нарушений, наблюдающихся в современной популяции, до сравнительно недавнего времени (1999 г.) не входило в официально принятую в России классификацию психических заболеваний (измененный вариант ICD-10), а часть этих расстройств выпадает и в настоящее время. В данной статье мы хотим осветить ряд наиболее социально значимых и распространенных в популяции психических нарушений, к которым относятся:

отклоняющееся (девиантное) поведение;

личностные расстройства;

нарушение приспособления;

посттравматическое стрессовое расстройство.

Названные расстройства охватывают большие слои населения, несоизмеримо большие, чем расстройства, характеризующиеся, как “эндогенные психозы”, которым в учебниках психиатрии отводится большая часть описания. Особенностью этих расстройств является их многогранность, представленность в их генезе различных сторон: психологической, педагогической, культуральной, религиозной, экономической, биологической, медицинской, юридической и др. Каждая из этих сторон требует профессионального подхода. Невозможно выступать в роли человека, который все знает по своему личному опыту, поскольку здесь его недостаточно, и требуются,

прежде всего, не личный опыт, а профессиональные навыки, которыми часто пренебрегают.

Остановимся на краткой характеристике указанных состояний, поскольку информация о них необходима для каждого человека, так как речь идет о состояниях, встречающихся в повседневной жизни.

Отклоняющееся поведение — это поведение, выходящее за рамки общепринятых норм (социальных, культуральных, этических, религиозных и др.), свойственных данному сообществу. В рамках отклоняющегося поведения выделяют следующие основные формы нарушений:

- 1) аддитивное;
- 2) фанатическое;
- 3) конформистское;
- 4) суицидальное;
- 5) агрессивное;
- 6) зависимое;
- 7) антисоциальное.

Аддитивное поведение определяется как повторяющаяся тенденция ухода от реальности посредством изменения своего психического состояния [9]. Изменение психического состояния может достигаться использованием веществ, воздействующих на психическую сферу (mind altering drugs), а также нехимическим путем, посредством осуществления различных активностей, изменяющих эмоциональное состояние. К последним относятся: азартные игры (гемблинг), сексуальная аддикция, активности, связанные с риском для жизни (поведение в поисках острых ощущений), работоголизм, покупки (шопинг), аддикции к еде (переедание или голодание) и др.

Все эти виды активности могут быть свойственны практически каждому человеку. Тем не менее, в случаях формирования аддитивных механизмов они постепенно занимают доминирующее место в содержании психической деятельности и повседневной активности, вытесняя другие мотивации и продуктивное межличностное общение.

Следует подчеркнуть, что в различных слоях общества, в том числе и у части профессионалов, в течение длительного времени создавалось ложное впечатление о достаточном понимании процессов, происходящих при химических формах аддикции.

Наиболее отчетливо это проявляется при рассмотрении особенно актуальных в настоящее время алкогольной и наркоманической проблем, которым, как известно, посвящено огромное количество исследований. Этим исследованиям присуща одна особенность: они проводятся, как правило, в рамках биомедицинской парадигмы, с использованием свойственных ей моделей, гипотез, теорий, способов лечения и коррекции.

При этом создается впечатление, что детальные знания особенностей повреждающего действия алкоголя или другого вещества на различных биохимических и биологических уровнях (организм, орган, ткань, клетка, субклеточная структура) достаточны для понимания сущности происходящего.

Совершенно естественно, что вопросы коррекции и лечения в границах биомедицинской парадигмы сводятся к следующим этапам:

- дезинтоксикация;
- общеукрепляющая и симптоматическая терапия;
- лечение, направленное на восстановление функций пострадавших органов и систем;

обеспечение воздержания от приема алкоголя или других веществ.

Недостаточность этого подхода наглядно демонстрируется практической невозможностью добиться реализации последнего постулата. Отсутствие достаточной эффективности лечения алкоголизма и наркоманий не является секретом и известно не только специалистам, но и широким слоям населения.

При этом не учитывается то, что даже при оптимальном варианте полного воздержания от употребления алкоголя или наркотиков у пациента остаются психологические изменения, свойственные аддитивному процессу. Им не уделяется никакого внимания, считается, что если человек прекратил злоупотребление, то этого достаточно для его полного излечения. В действительности, образовавшиеся в результате аддикции психические нарушения остаются и проявляются в обнаженности психологических механизмов, лежащих в основе аддитивного процесса. Клинически это выражается в раздражительности, резко сниженном уровне переносимости любых затруднений. Имеет место постоянная проекция вины на окружающих, стремление поймать их на чем-либо и обвинить. Характерна мелочность, придирчивость, скупость. На этом фоне постоянно присутствует повышенный риск возникновения рецидива старой формы аддикции или новых форм с различным содержанием.

В связи с этим современные методы коррекции как химических, так и нехимических аддикций, направлены не только на прекращение самой аддитивной реализации, но и на устранение психологических механизмов, лежащих в основе возникновения и формирования аддитивного процесса.

Основная причина создавшейся ситуации заключается в игнорировании многих, прежде всего социальных и психологических, сторон химического аддитивного процесса. Без понимания психодинамических механизмов, лежащих в основе аддитивного поведения, коррекция аддикции оказывается невозможной. На практике создается иллюзия коррекции или излечения, жертвами которой становятся прежде всего сам аддикт и его близкие, а также лица, проводящие терапию. Для понимания смысла происходящего (аддитивного процесса) необходимо прежде всего усвоить кажущееся, на первый взгляд, парадоксальным положение о том, что психологические механизмы при всех видах аддикции, включая химические и нехимические, одинаковы, то есть они не отличаются принципиально даже в случаях такой социально акцентируемой формы аддитивного поведения, как работоголизм, и социально наиболее осуждаемых, как наркомания и алкоголизм.

Возникает вопрос, какие же психологические механизмы можно обнаружить при формировании аддитивного поведения. Любая аддикция начинается с фиксации или "прилипания" (attachment) к тому или иному аддитивному агенту. Фиксация возникает тогда, когда встреча с аддитивным агентом приводит к резкому изменению эмоционального состояния. Человек, испытавший это изменение, фиксирует контраст между своим состоянием предшествующим встрече и развившимся в результате нее. Переживание этого контраста остается в сознании и частично уходит в подсознание, оставаясь в последнем как глубокая, постоянная память.

Фиксация сопровождается чувством радости, вдохновения, что связано с открытием для себя возможности контролировать таким образом свое психологическое со-

стояние независимо от многих внешних обстоятельств. В случаях резкого контраста фиксация может быть очень сильной и привести сразу же к повторению аддиктивной реализации. В менее выраженных ситуациях, процесс фиксации может затягиваться. Иногда окончательная фиксация происходит при повторной встрече с аддиктивным агентом, которая наступает лишь через несколько лет, когда воспоминания о первой встрече в условиях нового опыта оживают с удвоенной силой.

У человека, фиксированного на вызывании аддиктивных состояний, изменяются система ценностей, отношение к людям, мотивации и убеждения. По сути дела, речь идет о принципиальном изменении “качественного мира”. Согласно Glasser [8], качественный мир каждого человека состоит из:

1) людей, наиболее значимых в эмоциональном плане, находящихся в неформальных, интимных отношениях, к которым проявляется любовь, сочувствие и сопереживание;

2) событий, предметов, имевших в прошлом большое эмоциональное значение и сохраняющих свое эмоциональное влияние;

3) убеждений и верований.

При формировании аддикций в структуру качественно мира вводится аддиктивный агент или агенты, которые во многом заменяют эмоционально значимые отношения с близкими людьми. Прежде эмоционально значимые объекты и события заменяются активностями и объектами, имеющими непосредственное отношение к аддиктивным реализациям. В убеждениях и верованиях начинают преобладать идеи, оправдывающие аддиктивный стиль жизни. Сформированная таким образом новая аддиктивная личность по своим основным подходам качественно отличается, находится в другой сфере измерений по сравнению с предшествующей, условно здоровой личностью. Обе личностные структуры — прежняя и аддиктивная — находятся в состоянии постоянных конкурентных отношений.

Прежняя личность, чувствуя угрозу вытеснения аддиктивной, сопротивляется, что клинически выражается в появлении критической оценки происходящего: переживание, возникновение чувства вины, стыда, тревоги, депрессии, а порой, после очередного поражения, в попытке справиться с аддикцией, и чувство унижения, с дальнейшим снижением самооценки.

При неблагоприятном развитии событий аддиктивная личность захватывает все большую территорию, вытесняя в подсознание здоровую, что находит выражение в углублении аддиктивного процесса и нарастании злокачественности его развития.

Следует обратить внимание на некоторые специфические особенности, характерные для аддиктивов. К ним относятся: отсутствие доверия к людям; предпочтение общения с неодушевленными предметами, явлениями, животными, детьми; стремление к выходу в виртуальную реальность; пренебрежение своими биологическими потребностями, что выражается в нездоровом образе жизни в целом, включая, в частности, нарушение диетического режима, ритмов сна и бодрствования, игнорирование ранних признаков развития соматической болезни, отрицательное отношение к посещению врачей.

Одним из наиболее ранних признаков аддикции является изменение характера межличностных отношений и, прежде всего, отношений с наиболее близкими людьми, которые становятся формализованными и поверхностными.

Аддикт, с одной стороны, утрачивает интерес к тому, что происходит внутри семьи, его перестают беспокоить переживания, заботы и проблемы близких людей. С другой стороны, у него не хватает сил и энергии для вникания, эмоционального соучастия и сопереживания.

Мы обращаем внимание на все эти особенности, которые выступают в качестве признаков, лежащих в основе всех форм аддиктивных расстройств, как химических, так и нехимических, поскольку они обнаруживаются как при алкоголизме и наркоманиях, так и при работоголизме, аддикциях к еде, гемблинге, сексуальных аддикциях и имеют универсальный характер. Незнание и игнорирование этих признаков является причиной неэффективности лечения, в частности химических аддикций: алкоголизма, наркоманий, — поскольку классические схемы лечения не акцентируют необходимость воздействия на психологические механизмы, лежащие в основе любого аддиктивного процесса.

В связи с этим следует обратить внимание на то, что более глубокий анализ пациентов, страдающих аддиктивными расстройствами, обнаруживает наличие у них серьезных психологических проблем еще до развития аддиктивного процесса. Этим людям свойственна слабость эго-структуры, выражающаяся в низкой самооценке, недостаточной очерченности границ собственного “Я”, диффузность (спутанность) идентичности, затруднение функционирования соответственно своему возрасту. Эти признаки затрудняют адаптацию к быстроменяющимся средовым условиям в современном обществе и имеют особое значение как факторы, предрасполагающие к развитию аддикции.

Формирование предрасположенности к аддиктивному поведению начинается уже в раннем детстве. Оно непосредственно связано с особенностями воспитания, стилем семейной жизни, насилием над ребенком в семье. В настоящее время представляется возможным выделить несколько основных типов воспитания, которые формируют у детей риск возникновения аддиктивных нарушений:

в семье, где сами родители страдают аддиктивными расстройствами и имплантируют эту модель поведения в сознание детей, которые являются созависимыми;

в “неглективной” семье, то есть воспитание по типу пренебрежения ребенком, его отвергание при отсутствии достаточной опеки;

в семьях, где ребенок подвергается психологическому и/или физическому насилию. Особое значение здесь имеют incestные отношения, которые создают предпосылки для развития особой формы аддиктивных расстройств — сексуальной аддикции;

по типу гиперопеки, когда ребенок лишается самостоятельности в решении достаточно простых для его уровня задач и полностью зависим от помощи родителей или других членов семьи;

с предъявлением непомерных требований, или со ставкой на лидера, при котором от ребенка требуется достижения успеха и преуспеяния во всех видах его деятельности. Такая ставка на лидера фактически ставит ребенка перед необходимостью постоянно быть на высоте, что практически невозможно, и приводит к повторяющимся поражениям, а в результате, к формированию страха неудачи.

Все перечисленные методы воспитания являются проявлением так называемой токсической педагогики [10], которая создает повышенный риск формирования раз-

личных форм девиантного, в том числе аддиктивного, поведения и личностных расстройств.

Личностные расстройства, имеющие широкое распространение в современном обществе, — это констелляция особенностей поведения, черт личности, вызывающих значительные нарушения в социальной, профессиональной и межличностной сферах или чувство субъективного дистресса.

Остановимся на некоторых, наиболее распространенных в современной популяции формах личностных расстройств, которые, несмотря на их широкую распространенность, недостаточно известны даже специалистам в области психического здоровья.

Начнем с *нарциссического личностного расстройства* (НЛР), которое не вошло даже в принятую в настоящее время Международную классификацию болезней 10-го пересмотра. Оно характеризуется наличием комплекса грандиозности, выступающего на уровне сознания наряду с подсознательным страхом "быть разоблаченным", оказаться "не на высоте" и продемонстрировать собственную несостоятельность и неполноценность. Грандиозность у лиц с нарциссическим личностным расстройством проявляется как в содержании фантазий, так и в поведении. Они постоянно мечтают об успехе, славе, известности и признании. Они чрезвычайно чувствительны к любым критическим замечаниям, на которые реагируют яростью и злостью. Любая критика ведет к возникновению чувства унижения или стыда. Эти лица безжалостно эксплуативны в межличностных отношениях, используют других, включая своих близких, для достижения личных целей. На пути к завоеванию успеха не пренебрегают любыми средствами, порой игнорируя нормы этики и морали.

Лицам с НЛР свойственно чувство зависти по отношению к другим людям, достигавшим успеха, особенно если последние функционируют в одной или близкой сфере деятельности или находятся в близких межличностных отношениях. Испытывая потребность в постоянном внимании и восхищении собственной персоной и своей деятельностью, они окружают себя людьми, создающими для них подходящий психологический климат безусловного (безоговорочного) признания. Являясь, несомненно, продуктивными в своей работе, творческой деятельности, они, вместе с тем, непомерно завышают оценку своих достижений, считая, что заслуживают особого отношения к себе как к выдающимся личностям.

Одной из реакций на неизбежное поражение может быть развитие нарциссической депрессии: состояния угнетения со сниженным настроением, чувством потери смысла жизни с типичными мыслями о том, что родился (ась) не в то время, не в том месте и т.д. Нарциссическая депрессия обычно кратковременна, длится несколько дней и сменяется приливом новых сил, энергии и выходом на новый виток нарциссической орбиты.

Драматизм лиц с НЛР заключается в том, что они постепенно теряют контакты с людьми, которые разочаровываются в них, в связи с их эмоциональной холодностью, отсутствием сопереживания в трудных ситуациях, и таким образом обрекают себя на изоляцию.

Другой тип нарушения — *пограничное личностное расстройство* (ПЛР), особенно часто встречается в современном обществе в связи с его основными чертами, в частности, ослаблением эмоциональных связей между людьми.

Основы предрасположенности к формированию ПЛР закладываются в наиболее ранний период человеческой

жизни — еще на довербальном этапе развития ребенка. Процесс связан с отсутствием необходимой для полноценного развития позитивной эмоциональной энергии со стороны родителей или лиц, их замещающих. Ребенок на эмпатическом уровне улавливает свою недостаточную желанность, отсутствие соучастия со стороны окружающих людей, эмоциональное отбрасывание и игнорирование его. Это приводит к так называемой основной недостаточности [5], с чем связано нарушение формирования идентичности, которое является кардинальной чертой лиц с ПЛР и ведет к формированию основных признаков данного расстройства: эмоциональной нестабильности, внезапной смене настроения с переходом от основного "базисного" к состояниям гнева, раздражительности или тревоги. Подобные смены настроения кратковременны, обычно длятся несколько часов.

Характерными являются "периоды отказа", возникающие достаточно внезапно, во время которых у этих людей как бы снижается энергия. Они становятся молчаливыми, пассивными, предпочитают лежать, проявляя лишь физиологически необходимую активность. Характерна гипомимия, отсутствие аппетита, нежелание отвечать на вопросы, в том числе касающиеся их переживаний. Такие состояния длятся, как правило, несколько часов, максимум до двух суток, и сменяются обычным, базисным настроением.

Спутанность идентичности имеет разные проявления, что приводит к частой смене долговременных жизненных и кратковременных повседневных целей, например, к смене профиля обучения, места работы, смене знакомых и друзей, переходу на другую систему ценностей, потере мотивации к осуществлению принятого решения. Спутанная идентичность может приводить и к изменениям сексуальной ориентации, что также носит кратковременный характер.

Кроме того, характерны импульсивность, готовность к совершению действий, связанных с риском для карьеры, физического здоровья или даже жизни. Импульсивные действия определенного содержания имеют тенденцию к повторению, особенно часто наблюдаются: импульсивная алкоголизация, вступление в случайные сексуальные связи (промискуитет) с лицами не соответствующего им социального уровня, шопинг, гемблинг, поведение с риском для жизни, например вождение автомобиля на большой скорости, совместное проведение свободного времени с незнакомыми людьми.

Лица с ПЛР очень плохо переносят одиночество, во время которого у них развивается так называемое патологизирование — погружение в сферу неприятных переживаний, мрачных фантазий и воспоминаний или же ощущение внутреннего хаоса, пустоты и скуки. Они стремятся, вместе с тем, к установлению глубоких, симбиотического типа любовных отношений с подходящим для них человеком. Установление таких отношений возможно, но, к несчастью для них, носит кратковременный характер. Отношения разрушаются в связи с импульсивностью пограничных лиц, невозможностью контролировать свои эмоциональные состояния. Разрыв значимых связей оказывается для них большой психологической травмой и может провоцировать самоповреждающие действия и суицид [2].

В современных социальных условиях достаточно частым феноменом является *антисоциальное личностное расстройство*. Ряд признаков этого нарушения устанавливается уже в детском возрасте. Несмотря на то, что официа-

льная диагностика личностных расстройств, согласно DSM—IV, разрешена лишь с 18-летнего возраста, для антисоциального личностного расстройства сделано исключение и диагноз ставится с 15 лет. Еще ранее, до 15-летнего возраста, “набирается” ряд симптомов, которые позволяют выставить диагноз антисоциального нарушения поведения (conduct disorder) и в дальнейшем с большой вероятностью прогнозировать формирование антисоциального личностного расстройства. К данным симптомам относятся:

- уходы из дома;
- лживость;
- участие в драках;
- жестокость по отношению к более слабым детям и подросткам;
- жестокое обращение с животными;
- целенаправленное разрушение собственности других людей;
- кражи.

В дальнейшем, во взрослом периоде, данные симптомы трансформируются и дополняются новыми содержаниями.

Характерны постоянное несоответствие принятым социальным нормам поведения, частая смена места жительства, не связанная с получением работы, несоблюдение какой-либо производственной дисциплины, отсутствие ответственности, оставление работы без перспективы дальнейшего трудоустройства, стремление к обману, невозвращение долгов.

Одной из черт является отсутствие заботы о близких, в том числе своих детях, сопереживания, каких-либо угрызений совести, чувства вины и стыда.

Важным признаком является отсутствие реакций тревоги и страха наказания. Поведение антисоциальных лиц направлено на немедленное получение удовольствия любой ценой, невзирая на последствия, к которым с большой вероятностью это может привести. Непредставленность страха наказания чрезвычайно затрудняет психологическую коррекцию антисоциального расстройства.

Такие психические расстройства, как *нарушения приспособления и посттравматическое стрессовое расстройство*, непосредственно связаны с изменением условий существования в России и имеют отчетливую тенденцию к дальнейшему росту, так как в современных условиях значительная часть населения подвержена воздействию неблагоприятных социопсихологических стрессоров.

Нарушения приспособления по своей клинической картине могут быть очень разными, с преобладанием аффективной симптоматики: депрессии, тревоги, реакций отказа и отчаяния с волевой и эмоциональной апатией; нарушением поведения в виде гиперактивности, антисоциального, криминогенного и агрессивного поведения. Пациенты с этими расстройствами являются частыми посетителями бюро занятости, испытывая затруднения с трудоустройством, попадают в поле зрения психотерапевтов и психологов, лечатся в отделениях неврозов. Нарушения приспособления оказывают значительное влияние на карьеру человека, препятствуя ее реализации. Например, поглощенность ученика проблемами социального характера приводит к снижению его успеваемости; прекращение профессиональной карьеры может сопровождаться невозможностью найти в дальнейшем свою социальную нишу.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) развивается как результат воздействия чрезвычайного

травмирующего события/событий. Носитель ПТСР лично пережил или был свидетелем убийств, сцен насилия, гибели близких или других людей, издевательств, угрозы физической целостности. При этом личностный ответ на стрессор включал: интенсивный страх, чувство беспомощности или состояние ужаса.

Психотравмирующие ситуации, обычно вызывающие ПТСР: участие в войне; попадание в заложники; попадание в плен; бандитское нападение; изнасилование; нападение террористов; киднеппинг; природные или связанные с деятельностью человека катастрофы.

Реакции человека на психологическую травматизацию, включающие избегание мыслей и чувств, связанных с психической травмой, отчуждение, отгороженность от других, чувство кратковременности будущего с отсутствием длительной жизненной проекции, входят в структуру ПТСР и являются свойственным любому человеку ответом на тотальное нарушение, связанное с опущением потери смысла жизни, разрушением привычной стабильной системы, интегрирующей личность.

Основные характеристики ПТСР включают, в частности:

- 1) повторное переживание психической травмы во время бодрствования и в сновидениях;
- 2) недостаточное эмоциональное участие в межличностных контактах и других социальных аспектах жизни;
- 3) признаки нестабильности, депрессии и когнитивных нарушений (отвлекаемость на внутренние ассоциации, плохая концентрация внимания и т.д.)

Клиника ПТСР полностью развивается через некоторое время после травмы. Задержка во времени развития может быть короткой, например одна неделя, и очень длинной, затягивающейся на годы. Хороший прогноз предопределяют: быстрое развитие симптомов нарушения; их короткая продолжительность (несколько месяцев); отсутствие психических травм, предшествующих основной, например, полученных в детском возрасте, а также сопутствующего психического или другого заболевания; наличие реальной социальной поддержки.

К возникновению ПТСР, наряду с предшествующей психической травмой, предрасполагает наличие определенных травмирующих ситуаций в раннем возрасте. Компенсация событий, происшедших в детском возрасте, срывается под воздействием большего психотравмирующего фактора.

К характерным признакам ПТСР относят переживания событий, связанных с травмой, что, несмотря на их вытесненность из сознания, проявляется в ночных кошмарах и сновидениях. При столкновении с событием, звуком, запахом и прочим, чем-то напоминающим вытесненную из сознания ситуацию, также может происходить внезапный прорыв этого события в сознание. При этом нарушается контакт с реальностью, появляется неадекватное поведение, которое может представлять социальную опасность как для носителя ПТСР, так и для окружающих.

Эмоциональные реакции лиц с ПТСР отличаются от реакций, имеющих место до возникновения этого нарушения. Эти изменения касаются отсутствия тонких оттенков эмоций и сильной выраженности, брутальности эмоциональных реакций. Лица с ПТСР подавляют свои эмоции, возможный “выброс” которых осуществляется в грубой форме. В обыденной жизни таких людей характеризует стремление к минимизации в использовании эмоций. Им присущ подсознательный страх “включения” эмоциональной сферы в связи с ее предполагаемой деструктивностью.

Вследствие ужаса пережитой психотравмы возникает стремление не доверять своим чувствам, поскольку последние не совместимы с созданным до травмы имиджем реальности. Лишение чувства реальности противоречит здравому рассудку. Для того, чтобы защитить себя, человек диссоциирует переживания. Они становятся нереальными, каким-то сонным кошмаром. Если травмирующее переживание носит единичный характер, диссоциация ограничивается этой ситуацией. Если психическая травма затрагивает всю личность, диссоциация оказывается структурированной в психике и приводит к формированию новой личности, подавление и/или отрицание эмоций которой становится одним из основных признаков. Мир обычных эмоций кажется для нее недоступным и все более нереальным. Лица с ПТСР могут рассказывать об имевшей место травме холодным, безучастным голосом, находясь вне контакта со своими чувствами и не обращая внимание на эмоциональное состояние собеседника [1].

Лица с ПТСР избегают ситуаций, потенциально способных напомнить им переживания, которые они испытали. Для них характерен уход от длительного планирования в связи с отсутствием перспективы, настроенности на длительную жизнь. Наличие этих расстройств у лиц молодого возраста особенно деструктивно в связи с появлением дополнительных условий, способствующих появлению различных химических аддикций, в частности наркоманий.

Коррекция ПТСР может быть более эффективной, если учитываются система культуральных ценностей индивидуума, особенности семейных отношений, религиозные верования. Особенно важен анализ умения человека справляться с потерей и скорбью в социальном плане, наряду с реальной помощью найти новую точку «кристаллизации», обретения снова смысла жизни. Проведение таких коррекций в группах помогает носителям ПТСР на фоне взаимной эмоциональной поддержки реинтегрироваться в обществе [6].

В заключение следует отметить, что, к сожалению, в последние годы в России наметились тенденции поиска «простых» решений сложных проблем возникновения и широкого распространения социально опасных психических нарушений, к которым в настоящее время прежде всего относятся наркомании как один из видов химических аддиктивных расстройств.

Основной акцент делается на мерах наказания по отношению к лицам, употребляющим наркотические вещества. Круг этих лиц постоянно расширяется. Такого рода стратегия объективно не только не в состоянии оказаться достаточно эффективной, но и приводит к уменьшению

обращаемости лиц с наркоманиями к специальной медицинской помощи в связи со страхом быть привлеченным к уголовной ответственности. Об этом достаточно наглядно свидетельствует ситуация, сложившаяся в течение последних лет. В этом находит отражение ошибочная попытка решить проблему путем учета лишь одной стороны сложного интегрального процесса. Присутствует стойкий феномен непонимания того, что наркомания имеет не только юридическую, криминалистическую, но и психологическую, социальную, экономическую, педагогическую, культуральную и другие стороны.

Понимание каждой из этих сторон невозможно без специальных профессиональных знаний в соответствующей области. Игнорирование профессиональных подходов, обскурантизм, ориентация на «простые» решения, подсказываемые лицами, недостаточно компетентными в конкретной сфере, неизбежно приводят к отрицательным, а порой и катастрофическим результатам.

Психиатрия в России должна активно использовать современный международный опыт работы с наиболее социально значимыми психическими нарушениями и последовательно преодолевать сохраняющиеся тенденции к ее изоляции и отчуждению от принятых в наиболее развитых странах практик.

Список литературы

1. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.. Психодинамическая психиатрия. — М., 1999. — 465 с.
2. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Загоруйко Е.Н. Идентичность в норме и патологии. — Наука, 2000. — 265 с.
3. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.. Психосоциальная аддиктология. — Новосибирск, 2001. — 263 с.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th. Rev. Ed. — Washington, D.S.: American Psychiatric Association, 1994.
5. Balint M.. The Basic Fault. — Evanston, Illinois.: Northwestern University Press, 1994.
6. Boehnlein J.D., Sparr L.F.. Group therapy for WWII ex-POW's: Long-term posttraumatic adjustment in a geriatric population // American Journal of Psychotherapy. — 1993. — Vol. 47. — P. 273—282.
7. ISD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and guidelines // World Health Organization, Geneva, 1992.
8. Glasser W.. Choice Theory. New York. Harper Perennial, 1998.
9. Korolenko C., Segal B. Addictive Disorders in the Arctic Climate. — New York: Haworth Press, 1990.
10. Miller M., Y. Du sollst nicht merken. TB 1983. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1981.

PSYCHIC HEALTH IN PRESENT RUSSIA

KOROLENKO C.P. Dr. med. sci., professor, Novosibirsk State medical academy, Russia
ZAGORUJKO E.N. Cand. med. sci., Novosibirsk State medical academy, Russia

Some biosocial risk factors of development of psychiatric disorders and addictive behaviour are described. The authors accentuated on complex approach to treatment of alcohol and other psychoactive substances dependences.