Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца
Кафедра психиатрии и наркологии,
Кафедра психотерапии и сексологии
Северо-Западного государственного медицинского
университета им. И.И. Мечникова
Бехтеревское психиатрическое общество Санкт-Петербурга

Психиатрия: гендерные и сексологические аспекты

[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]

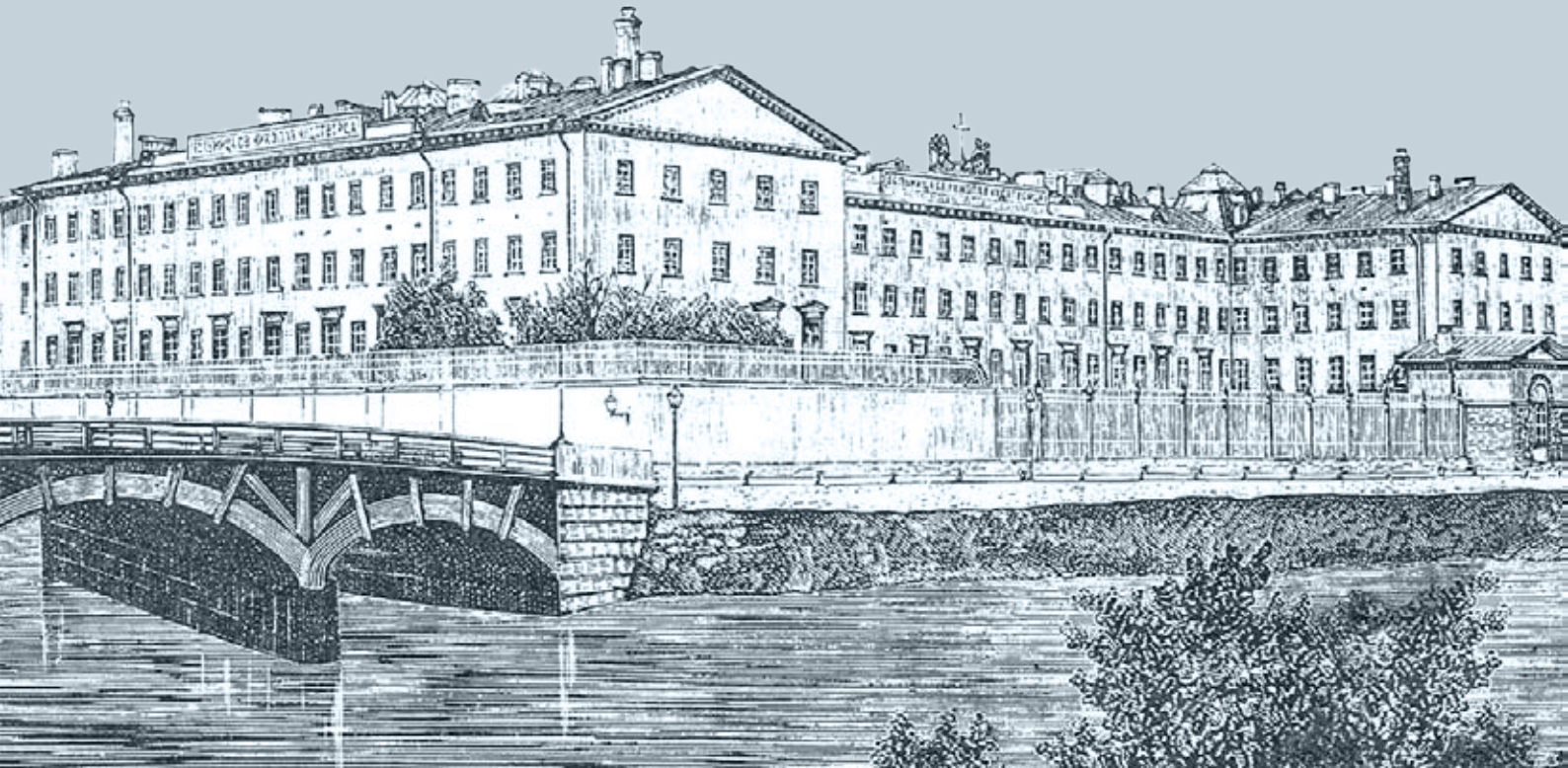
СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

межрегиональной научно-практической конференции
с международным участием
Санкт-Петербург (30 ноября 2018 года)

Под общей редакцией С.Я. Свистуна, М.Ф. Денисова, Е.В. Снедкова

ISBN 978-5-905498-89-3

© СПбГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца», 2018
© Коллектив авторов, 2018
© ООО «Альта Астра», оформление, 2018



ПСИХИАТРИЯ: ГЕНДЕРНЫЕ И СЕКСОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ [Электронное издание]: / сборник материалов Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (Санкт-Петербург, 30 ноября 2018 года) – СПб.: Альта Астра, 2018. – 1 электрон, опт. диск (CD-ROM) – Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; дисковод CD-ROM, Adobe Reader 7.0. – ISBN 978-5-905498-89-3

Члены редакционной коллегии:
С.Я. Свистун, М.Ф. Денисов, Е.В. Снедков (научные редакторы),
А.Н. Лесков, В.А. Некрасов

Оригинал-макет подготовлен издательским отделом
ООО «Альта Астра», 191144, Санкт-Петербург,
Старорусская ул., д. 8, лит. А, тел./факс: (812) 386-38-31,
e-mail: info@altaastra.com, www.altaastra.com

Дизайн, верстка: Альков А.С.

Сдано в набор 20.11.2018, подписано 26.11.2018
Гарнитура «Калибри», формат 60Х84 1/8, 95 стр.

Объем 1,8 Mb
Электронное издание на CD-ROM, 12 см, цв.,
упаковка – SlimBox, цв. вкл., тираж 250 экз.

ISBN 978-5-905498-89-3

© СПбГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца», 2018
© Коллектив авторов, 2018
© ООО «Альта Астра», оформление, 2018

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

Айриянц И.Р., Ягубов М.И.

ОСОБЕННОСТИ ЛИБИДО У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ КОИТАЛЬНОЙ АНОРГАЗМИЕЙ

Московский научно-исследовательский институт психиатрии (филиал Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского), Москва

Ведущую роль в патогенезе сексуальных расстройств у женщин (аноргазмий, диспареунии, дисгамии и т.д.) играют нарушения полового влечения. Известно, что «аноргазмия часто сочетается со снижением полового влечения или его отсутствием – алибидемией». А.М. Свядощ, И.А. Попов [1], А.А. Столяров, А.В. Столяров [2] указывают, что «низкое половое влечение возможно при девиациях, перверсиях, наличии скрытых садо-мазохистических и гомосексуальных наклонностях». Польский сексолог Lew-Starowicz Z. [5] также относит скрытые гомосексуальные тенденции, к возможным причинам алибидемии: «Случается, что гомосексуальные склонности блокируют влечение женщины к мужчинам, но одновременно по разным причинам не допускаются до сознания. С виду похоже на то, что такая женщина асексуальна от природы, а на самом деле ее сексуальность блокирована в не принимаемом подсознанием направлении». Ряд зарубежных авторов предпринимали попытки изучить и сравнить оргастичность гетеро- би- и гомосексуальных женщин. Frederick D.A., St. John H.K., Garcia J.R. и Lloyd E.A. [4] установили, что частота оргазма у лесбиянок 86%, бисексуальных женщин 66%, и у гетеросексуальных респонденток 65%. Авторы объясняют это большим количеством оральных и мануальных ласк у гомосексуальных женщин и меньшей влагалищной стимуляцией. По данным Breyer B.N., Smith J.F., Eisenberg M.L., Ando K.A., Rowen T.S., Shindel A.W. [3] у гетеро- и бисекуально ориентированных женщин выше риск развития сексуальных дисфункций (51 и 45% соответственно, по сравнению с гомосексуально ориентированными – 29%).

В наше исследование были включены 56 пациенток с первичной коитальной аноргазмией в возрасте от 22 до 43 лет. При обследовании пациенток применялись клинико-психопатологический, клинико-сексологические методы с использованием шкалы СФЖ (сексуальная формула женская), карты В.И.Здравомыслова (эрогенная реактивность), SFQ (Sex Fantasy Quuestionnaire) Г. Уилсона – опросника по сексуальным фантазиям с применением 7 бальной шкалы Ликерта.

Пациентки были распределены на три группы, исходя из сексопатологической симптоматики: первую группу составили пациентки с коитальной аноргазмией в сочетании с диспареунией и алибидемией, во второй группе коитальная аноргазмия наблюдалась на фоне гиполибимдемии и в третьей группе – коитальная аноргазмия без нарушений сексуального влечения.

В 1 группу вошли 21 (37,5%) женщин, страдающие коитальной аноргазмией в сочетании с алибидемией и диспареунией. Вторую группу составили 15 (26,7%) пациенток с коитальной аноргазмией на фоне гиполибилемии, и 3 группу составили 20 (35,7%) женщин с изолированной коитальной аноргазмией.

При анализе этапов психосексуального развития у 46,4% пациенток была выявлена задержка на эротической фазе, у 14,2% – на платонической. По результатам опросника SFQ у 35,7% пациенток были выявлены латентные гомосексуальные тенденции: 61,9% в группе пациенток с алибидемией и диспареунией, 46,6% в группе с сочетанием коитальной аноргазмии и гиполибидемии.

Средний возраст пациенток 1 группы составил 33+1,7лет. Среди особенностей психосексуального развития женщин 1 группы – высокий процент его задержки на ранних стадиях: 28,5% на платонической, 66,6% на эротической. При анализе их ответов на вопросы SFQ (опросник по сексуальным фантазиям) Г.Д. Уилсона, обращало на себя внимание высокая интенсивность и высокий процент присутствия фантазий с би- и гомосексуальным содержанием, сюжетов с платоническим компонентом.

Была также установлена задержка психосексуального развития на платонической стадии и девиации либидо, маскировавшиеся за мнимой гиполибидемией и даже сексуальной аверсией. Достаточно высокий уровень частоты и интенсивности фантазирования у 80,1% ($p<0,001$) пациенток также убеждают нас в том, что истинными причинами дисгамии и аноргазмии в этой группе являются нереализованные девиантные тенденции сексуального влечения. 23,8% пациенток из 1 группы имели опыт отношений с женщинами и, причем половина из них находила эти отношения более «возбуждающими», «комфортными» и «безопасными». Анализ карт эрогенных зон В.И Здравомыслова показал наибольшую реактивность клитора у 71,4% ($p<0,001$) женщин и экстрагенитальных областей ($p<0,01$). Интроитус и влагалищные зоны были отмечены, как негативная и болезненная область – у 90,4% ($p<0,01$). При клинико-психопатологическом исследовании удалось выявить наличие шизоидных черт личности у 23,8% пациенток, истерических у 28,6%, и смешанных у 38%. Именно в этой группе наибольшее количество женщин, не имели постоянного партнера – 19%, что было обусловлено особенностями личности. Лишь 9% имели несколько партнеров.

Во 2 группе средний возраст пациенток составлял 34,2+1,4 года. У 53,3% из них выявлялась задержка психосексуального развития на эротической фазе, у 13,3 – на платонической. При анализе сексологического анамнеза ответов на вопросы SFQ Г.Д. Уилсона, как и в 1 группе выявлялась большее, нежели в популяции присутствие в фантазиях полигамной, би- и гомосексуальной тематики, а также сюжетов с платоническим (романтическим компонентом).

По карте В.И Здравомыслова, ожидаемо выявляются «лидирующие» зоны: клиторальная у 73,3% ($p<0,001$) и молочные железы – у 53% ($p<0,05$). Экстрагениальные зоны (рот, шея, внутренняя поверхность бедер средне – реактивны у 46,6% ($p<0,05$). Интроитус и влагалищные зоны оценивались 80% пациентками ($p<0,001$), как нейтральные или слабоположительные. Клинико-психопатологическое исследование позволило выявить наличие у 33,3% пациенток 2 группы психастенических черт, у 40% истерических и у 26,6% шизоидных. По партнерской ситуации картина была следующей: у 6,7% было нескольких сексуальных партнеров, и 13,3% – не имели постоянного партнера. Среди женщин из 2 группы, опыт гомосексуальных отношений имели 20%, они называли его «интересным экспериментом», однако предпочли традиционные гетеросексуальные.

Средний возраст пациенток 3 группы составлял 29,5+1,6 лет. Задержка психосексуального развития на эротической фазе отмечалась у 20%. Результаты опросника Г.Д. Уилсона показали заинтересованность в романтическом компоненте сексуальных отношений, что объясняется фиксацией на эротической стадии либидо. Обращает на себя внимание интерес к полигамии, гомосексуальному контакту и переодеванию в одежду противоположного пола (интерес выше среднего на 10-30%). При сборе сексологического анамнеза и обсуждении результатов анкетирования, пациентки объясняли вышеупомянутый интерес и фантазии, тем, что сексуальные отношения с женщинами или с парой, представляются им менее «затратными» в эмоциональном и физическом плане, требующими меньше «стараний», без оргазма, или по крайней мере, без вагинального оргазма, который, с их точки зрения необходим во время гетеросексуального коитуса и ожидаем со стороны партнера.

Среди пациенток 3 группы 45% фантазировали на тему однополого секса, предпочитали сюжет группового сексуального контакта с участием двух женщин и одного мужчины, однако, реального подобного опыта не имели. Результаты по карте В.И. Здравомыслова в этой группе выявило большую эрогенную реактивность экстрагенитальных зон – у 75% ($p<0,001$), клиторальной зоны 80% ($p<0,001$) и влагалищных зон – у 25% ($p<0,05$).

При клинико-психопатологическом исследовании у 35% пациенток были выявлены истерические черты личности, у 30% психастенические, у 15% шизоидные. Только 1 пациентка этой группы не имела постоянных партнерских отношений (встречалась с несколькими мужчинами параллельно). Остальные состояли в постоянных союзах и были заинтересованы в их сохранении и укреплении, в том числе и путем улучшения сексуальных отношений.

Терапия сексуальных расстройств пациентов при наличии латентных тенденций полового влечения, представляет определенные трудности. его окружения к его «особенностям». Чаще всего латентные тенденции маскируются мнимой гиполибидемией, становятся причиной коитальной аноргазмии и часто приводят к сексуальной дисгамии. Ясно, что здесь когнитивная и разъяснительная психотерапия в паре и с партнером пациентки, с попыткой адаптировать его, научить «принимать партнершу» с ее би- или гомосексуальной направленностью либидо могут быть не только бесперспективны, но и разрушительны для отношений. Поэтому, в первых двух группах (помимо десенсибилизирующей терапии диспереунии), велась индивидуальная психотерапия с пациенткой, направленная на осознание особенностей своего либидо, «проработка» негативных установок и запретов на сексуальное фантазирование с соответственной тематикой, разъяснение, того, что происходит вытеснение нежелательного, эго-дистонического сексуального влечения. На этом этапе 64% пациенток отметили повышение настроения и уменьшение переживаний, «чувство облегчения». Обучение использовать имеющиеся особенности нормального по интенсивности либидо в виде эротических фантазий во время близости улучшило качество половой жизни у 35%. Пациенткам 3 группы проводилась индивидуальная и парная психотерапия (когнитивная и суггестивная), сеансы аутотренинга с элементами внушения, а также секс-тренинг, нацеленный на расширение зон эрогенной реактивности, усиление влагалищной чувствительности, включавший интеграцию мастурбаторных и оральных техник достижения оргазма в прелюдию партнеров и выработку адаптивного сценария близости, что позволяло обоим партнерам достигать большего удовлетворения в сексуальной сфере.

Список литературы:

1. Свядощ А.М., Попов И.А. //К физиологии половой жизни мужчин. //Вопросы психиатрии, психотерапии, сексологии. Караганда. 1967. С. 125-127
2. Столяров А.А., Столяров А.В //Сексология. Litres, 5 сент. 2017
3. Breyer B.N., Smith J. F., Eisenberg M.L., Ando K. A., Rowen T.S., Shindel A.W., //The Impact of Sexual Orientation on Sexuality and Sexual Practices in North American Medical Students// J Sex Med. Author manuscript; available in PMC 2013 Mar 26.
4. Frederick D.A., St. John H. K., Garcia J.R. и Lloyd E.A. . //Differences in Orgasm Frequency Among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Men and Women in a U.S. // National Sample (January 2018, Volume 47, Issue 1, pp 273–288).
5. Lew-Starowicz Z.// Seks nietipovy.// Intytut Wydawniczy Zwiazkov Zawodowych, 1988 215p.

Алексеев Б.Е.

ПСИХОСЕКСУАЛЬНАЯ СФЕРА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЕЕ РОЛЬ В АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМАХ

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Современная отечественная сексология, опираясь на достижения российской и зарубежных научных школ, имеет глубоко разработанную методологическую базу и методический инструментарий для исследований. В наши дни использование данных инструментов выходит за рамки сексологии и служит для изучения психических, психосоматических заболеваний, а также для объяснения психологических и психосоциальных феноменов, примером которых могут служить стигматизирующая реакция и механизмы совладания с болезнью (Алексеев Б.Е., Введенский Г.Е., Каган В.Е., Ткаченко А.А., Ягубов М.И. и др.).

Имеется высокий интерес к изучению влияния факторов пола на шизофренический процесс. При этом остается недостаточно изученным значение психосексуальной сферы больных шизофренией для возникающих терапевтических эффектов.

Следует заметить, что разделение обследуемого контингента по полу с целью получения валидных результатов при исследованиях в области психиатрии является правилом в западных странах, но далеко не всегда соблюдается в отечественных работах, что нарушает принцип доказательности.

По нашим данным, индивидуальные особенности психосексуальной сферы больных эндогенными психозами обусловливают характер психологических защит; базисные копинг-стратегии находятся в зависимости от характера полоролевого поведения; воздействие лечебно-восстановительных методов, в целом, опосредуется факторами психосексуальной сферы – все это важно для оптимизации лечебно-реабилитационных воздействий.

Имеет место широкая представленность кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения у больных шизофренией.

Средние показатели половой идентичности мужчин больных шизофренией лежат в пределах фемининного радикала, а у женщин больных шизофренией – в пределах маскулинного радикала. Таким образом, имеет место несоответствие паспортному полу индексов половой идентичности у мужчин и женщин больных шизофренией.

Выявлена рассогласованность полоролевого поведения и половой идентичности в 50% случаев среди всех обследованных мужчин и в 37,3% случаев среди всех обследованных женщин.

Наличие рассогласованности полоролевого поведения и половой идентичности свидетельствует о дисгармоничности психосексуальной сферы больных шизофренией. Этот факт отражает наличие психосексуального диатеза (Алексеев Б.Е., 2010, 2017).

Динамика копинг-стратегий в процессе комплексного лечения у больных шизофренией мужского и женского пола опосредуется характером полоролевого поведения и степенью его согласованности с половой идентичностью. Пациенты, мужчины и женщины, с гармоничным сочетанием параметров психосексуальной сферы имеют положительный прогноз динамики приспособительного поведения.

При выборе терапевтических мишеней и объема лечебно-реабилитационных воздействий с целью повышения их эффективности важно учитывать особенности взаимосвязей характера полоролевого поведения, половой идентичности, степени их согласованности и совладающего поведения у больных шизофренией.

Интересный материал получен при анализе параметров психосексуальной сферы, которые модулируют включение пациентов, страдающих шизофренией в психотерапевтическую группу. Предложение участия в психотерапевтической группе можно рассматривать как вариант социальной поддержки пациентов. При этом проводилась краткосрочная динамически ориентированная психотерапия в групповой форме.

Известно, что поиск социальной поддержки больными шизофренией может наполняться как позитивным, так и негативным для восстановления поведением пациента.

Женщины с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения, вошедшие в психотерапевтическую группу, отличались менее выраженным копингом «поиск социальной поддержки» по сравнению с женщинами с такой же акцентуацией полоролевого поведения, которые не вошли в группу.

При анализе этой ситуации было сделано предположение о том, что пациентов, включаемых в психотерапевтическую группу, отличает от тех, кто не вошел в группу, иная констелляция копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» с другими вариантами копинг-стратегий.

Так, у женщин с кроссполовой акцентуацией полоролевого поведения, вошедших в психотерапевтическую группу, выявлены корреляционные связи копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» с копинг-стратегиями «конфронтация» и «планирование решения проблемы». Согласие пациенток на участие в группе объясняется усилиями поиска в сочетании с определенной готовностью к риску, желанием изменить ситуацию. У акцентуированных женщин, не вошедших в психотерапевтическую группу, оказалась иная констелляция связей: «дистанцирование», «самоконтроль» и «принятие ответственности». С одной стороны, «поиск социальной поддержки» у них более выражен, чем у акцентуированных женщин включенных в группы, с другой стороны, внутренний конфликт, обусловленный усилиями по признанию своей роли в проблеме и попытках отделиться от этой проблемы в сочетании с контролем своих чувств и действий, возможно, не позволил этим пациенткам включиться в психотерапевтическую группу. На клиническом уровне акцентуированные женщины не включенные в группу имели более выраженную негативную симптоматику по сравнению с акцентуированными женщинами участницами группы.

У неакцентуированных женщин, вошедших в психотерапевтическую группу, выявлены корреляционные связи копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» с копингами «бегство-избегание» и «планирование решения проблемы». Включение в группу этих пациенток можно объяснить поиском помощи со стороны для облегчения болезненного состояния, стремлением избавиться от проблем. У женщин, не вошедших в психотерапевтическую группу, выявлены корреляционные связи с копинг-стратегиями «дистанцирование» и «положительная переоценка». В данном случае, поиск социальной поддержки сопровождается смирением со сложившейся ситуацией.

У мужчин с кроссполовой акцентуацией полоролевого поведения включенных в группу выявлена корреляционная связь копинг-стратегий «поиск социальной поддержки» с «принятием ответственности». Включение в группу фемининных мужчин можно объяснить поиском сочувствия и понимания в сочетании с самокритикой, самообвинением. У акцентуированных мужчин, которые не были включены в группу, выявлены корреляционные связи соответственно с копинг-стратегиями «принятие ответственности», «самоконтроль» и «планирование решения проблемы». Сопряженность данного блока копинг-стратегий придает поведению акцентуированных мужчин оттенок самостоятельности существования вне психотерапевтической группы.

У неакцентуированных мужчин включенных в группу выявлены корреляционные связи копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» с копинг-стратегиями «конфронтация», «принятие ответственности», «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка». Определенный риск в сочетании с планированием, ответственностью, попытками измениться в лучшую сторону, вероятно, стимулируют находить поддержку в психотерапевтической группе. У неакцентуированных мужчин, не вошедших в группу, выявлена корреляционная связь с копинг-стратегией «планирование решения проблемы», то есть поиск альтернативных способов для решения своих проблем согласно уже имеющимся объему и типу социальной поддержки.

Таким образом, разная эффективность использования сопряженных блоков базисных копинг-стратегий в зависимости от характера полоролевого поведения может рассматриваться как один из факторов, влияющих на включение больных шизофренией в психотерапевтические группы.

Принцип доказательности в психиатрических исследованиях требует анализировать результаты не только дифференцированно по полу, что учитывает биологические различия, но также с осознанием влияния факторов психосексуальной сферы (половой идентичности, полоролевого поведения, сексуальных предпочтений) на механизмы адаптационного процесса.

Список литературы:

1. Алексеев Б.Е. Психосексуальная сфера больных эндогенными психозами: Дисс. …д.м.н. – СПб., 2001. – 438 с.
2. Алексеев Б.Е. Гендерные аспекты реабилитации в психиатрии. / Сб. научн. труд. «Психосоциальная реабилитация и качество жизни. – СПб.: СПб НИПНИИ им. В.М. Бехтерева, 2001-С.30-37
3. Алексеев Б.Е. Роль психосексуальной сферы в структурировании стигмоуязвимости психиатрических пациентов / Конференция «Социальные и клинические проблемы сексологии и сексопатологии»: Материалы конференции, Москва, 29-30 мая 2003 г. М., 2003. С. 11–13.
4. Алексеев Б.Е., Екимов М.В. Психосоматический подход в сексологии. /III Международный конгресс «Психосоматическая медицина – 2008».: Сб.тез.докл. – СПб.: Человек., 2008. – С. 7-11
5. Алексеев Б.Е. Коновалова Е.М. Полоролевые факторы терапевтической динамики совладающего поведения у больных шизофренией / «Социальная и клиническая психиатрия». 2009. № 1. С. 5–11.
6. Алексеев Б.Е., Коновалова Е.М. Значение взаимосвязи копинг-стратегий и полоролевого поведения больных шизофренией для участия в терапевтической группе / Вестник СПбГУ. Сер. 11. – СПб.: «Медицина»., 2010. – Вып. 1. – С. 61-65.
7. Алексеев Б.Е. Полоролевой конфликт как форма психосексуального диатеза/ Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. 2010. Т.2. №4 – С. 48-54.
8. Алексеев Б.Е. Полоролевое поведение и его акцентуации. Монография. Издательство: www.palmarium-publishing.ru, ISBN-13: 978-3-659-98579-9, –2013.- 152 с.
9. Алексеев Б.Е. Психосексуальный диатез у пациентов с психическими расстройствами: учебное пособие. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014. 40 с.
10. Алексеев Б.Е. Проблемы сексологической реабилитации больных и инвалидов. Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск II. Под ред. Лиманкина О.В., Бабина С.М.- СПб.: Издательство «Таро», 2014.- С.91-95.
11. Алексеев Б.Е. Значение психофармакотерапии для сексуального функционирования пациентов/ Сб. трудов «Научно-практическая конференция в рамках международной эротической выставки». СПб: «eS. EXpo» 15-17 мая 2015 – СПб.
12. Алексеев Б.Е. Полоролевой конфликт как биопсихосоциальный феномен. /Журнал «Социальная и клиническая психиатрия» 2017. Т.27. № 1.- С.91-97

Бабарахимова С.Б.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ ДЕПРЕССИВНОГО ГЕНЕЗА

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы исследования суицидального поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков. Суицид в детском и подростковом возрасте является наиболее тяжким проявлением трагической проблемы самоубийств [8]. Следует учитывать и моральный ущерб, который наносят детские и подростковые суициды родителям, сверстникам, учителям, обществу в целом [3]. В этой возрастной группе суицид занимает четвертое (после травматизма, инфекционных и онкологических заболеваний) место в качестве причины смерти. Наряду с высоким уровнем частоты завершенных суицидов, в настоящее время отмечается и увеличение количества суицидальных попыток среди детей и подростков как варианта патохарактерологической реакции протеста внутрисемейных взаимоотношений [2]. Усиление суицидальной активности в подростковом возрасте за последние десятилетия определяет интерес к этой теме широкого круга специалистов, как российских, так и зарубежных [4, 9]. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами отмечают в своих исследованиях российские и зарубежные психиатры и психологи [5, 10, 15]. Высокая вероятность реализации суицидальных намерений объясняется несформированностью «антисуицидального барьера» на фоне уже возможного в этом возрасте отчётливого депрессивного мироощущения [4]. Депрессия, как у детей, так и у подростков, распознается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста [5]. В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с суицидальным поведением, имеют «стёртый», маскированный характер, проявляются чаще всего поведенческими нарушениями пубертатного периода [6]. При этом в детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых [7, 11]. Подростковый возраст характеризуется большой частотой дебютов депрессивных состояний, возникающих на фоне идей физического недостатка и собственной неполноценности, со склонностью к суицидальному поведению [12, 13]. Эпидемиологические и клинико-психопатологические исследования последних лет свидетельствуют о стремительном росте распространенности депрессивных расстройств в детском и подростковом населении [10, 14]. Согласно данным ВОЗ депрессивные состояния с преобладанием в клинической картине суицидальных тенденций встречаются преимущественно в подростково-юношеском возрасте и составляют 8-16% в общей популяции 15-20-летних и более 50% всей психической заболеваемости среди контингента пациентов юношеского возраста [6]. По мнению В.Д. Менделевича, суицидальное поведение детерминировано развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних стрессогенных факторов, а также возникновением психопатологических нарушений, вызывающих аутодеструктивное поведение, не связанное с воздействием внешних факторов [5]. По данным исследований Григоренко Е.А, для суицидентов – подростков характерны следующие особенности: обидчивость, ранимость; снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам; низкая самооценка; отвержение социальным окружением, чувство покинутости; переживание собственной несостоятельности, физического отставания; избегание «нагрузочных» ситуаций и пассивность в разрешении трудных ситуаций [1].

Цель исследования: изучить психологические особенности у девочек-подростков с суицидальными тенденциями депрессивного генеза, формирующимися на фоне синдрома уходов и бродяжничества.

Материал и методы: объектом исследования явились 48 девочек-подростков в возрасте 15-19 лет с непсихотическим уровнем психопатологических расстройств, с наличием в клинической

картине аутоагрессивных действий, возникающих в структуре синдрома уходов и бродяжничества. В группу вошли пациентки с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2. Основными методами исследования явились клинико-психопатологический, катамнестический и клинико-патопсихологический. Для определения степени выраженности синдрома бродяжничества была использована «Шкала уходов и бродяжничества», тяжесть аффективных расстройств определялась с помощью шкалы Гамильтона, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использовался тест-опросник Шмишека Леонгарда.

Результаты исследования и обсуждения: при исследовании конституционально-личностных особенностей пациенток с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных демонстративный тип личности встречался у 5 больных (10%), застревающий тип личности у 12 больных (25%), дистимический тип был выявлен в 42% случаев (20 обследованных), тревожно-боязливый тип у 6 больных (12%), в 10% случаев был выявлен эмотивный тип личности. Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался дистимическим типом. У этих девочек-подростков отмечались такие характерологические черты, как ранимость, впечатлительность, склонность к тревожным опасениям к утрированному самонаблюдению; рефлексии и длительной фиксации отрицательно окрашенных аффектов. Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Гамильтона было выявлено у 5 пациенток с демонстративным типом личности, которые характеризовались также наличием истерических проявлений в виде склонности к фантазированию, потребности в признании, внешней эксцентричности и оригинальности интересов и увлечений. Вместе с этим, выявлялась изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная потребность нравиться окружающим, демонстративность, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к манипулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей. При эмотивном типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжёлой степени. В структуре личности этих пациенток на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности, в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к аутодеструктивным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, нестабильность при формировании объектных межличностных отношений. Среди всех обследованных тревожно-боязливый тип личности встречался в 12% случаев, и для этих пациенток характерным было развитие депрессии средней степени тяжести с формированием обсессивно-компульсивной симптоматики. В клинической картине наряду с депрессивными симптомами наблюдались навязчивые страхи, сомнения, фиксация на отрицательных воспоминаниях прошлого. Данному типу личности были характерны следующие черты: мнительность, нерешительность, неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, зависимость от порядка и авторитетов. В процессе изучения клинической картины синдрома уходов и бродяжничества выявлено, что девочки с гипертимными чертами характера (7%) стали совершать первые побеги из дома в 11 лет, с неустойчивыми (62%) и истероидными чертами (31%) – в 13-14 лет. Девочки совершали частые побеги на непродолжительное время от 3 до 7 дней. Анализ степени выраженности синдрома уходов и бродяжничества показал, что уходы средней степени тяжести встречались в 69% случаев, уходы легкой степени в 23% случаев, и лишь у 1 пациентки были выявлены уходы тяжелой степени. Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Гамильтона в условиях стационара выявило наличие легкого депрессивного расстройства у 25% пациенток, в 61% случаев – депрессивное расстройство средней степени, у 2 пациенток выявлено депрессивное расстройство тяжелой степени. Исследование развития синдрома уходов и бродяжничества в данной группе пациентов выявил, что аффективные нарушения предшествовали проявлению синдрома и в ряде случаев (69%) возникали задолго до первой попытки ухода из дома. Формирование синдрома бродяжничества происходило на фоне измененного аффекта. В ряде наблюдений, особенно при наличии

психотравмирующих обстоятельств, депрессивная симптоматика была более очерченной, с идеями собственной неполноценности, мыслями и представлениями о смерти (69%), чувством немотивированной вины и нестойкими расстройствами влечений (23%). При наличии значимых психотравмирующих обстоятельств депрессивные состояния имели тенденцию к затяжному течению. Основными факторами, способствовавшими возникновению аутоагрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у девочек-подростков, были конфликты в семье, проблемы с противоположным полом, смена места жительства и сложности в учебе. В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 42% обследуемых, в 1/3 (33%) случаев пациентки с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки. Предпочтение отдавалось легкодоступным и не жестоким способам – отравление таблетками и нанесение порезов в области предплечий. Эти действия возникали под влияниием следующих провоцирующих факторов: проблемы во взаимоотношениях с противоположным полом (50% случаев), конфликты в семье (25%), конфликты со сверстницами (15%), внутриличностными проблемами (10%). Пациентка с депрессивным расстройством тяжелой степени отмечала наличие суицидальных мыслей до уходов из дома, при повторном уходе из дома была совершена суицидальная попытка, констатируемая как аутоагрессия психотического уровня депрессивного генеза. У 6% пациенток со средней степенью тяжести уходов из дома отмечалось демонстративно-шантажное суицидальное поведение, пациентки наносили неглубокие порезы на предплечье, 17% обследуемых совершали самопорезы до ухода из дома, в ряде случаев такое поведение повторялось при последующих уходах из дома. В10% случаев самоповреждение было совершено при попытке вернуть пациенток домой. В 21% случаев до первой попытки ухода из дома выраженных эмоциональных расстройств и суицидальных тенденций не наблюдалось, отмечались возникающие время от времени изменения настроения, причинами уходов становилось появление острого стремления к освобождению от стесняющего режима, к перемене обстановки. У этих пациенток депрессивная симптоматика появлялась после возвращения домой, для них характерным было появления чувства вины у 56% больных, депрессивно-дисфорических реакций у 33% обследованных, тревожные расстройства наблюдались у 10%.

Выводы: установлена взаимосвязь личностных особенностей девочек-подростков, склонных к суицидальным тенденциям, с уровнем и видом аффективных изменений. Тревожно-депрессивные и депрессивные расстройства невротического уровня наблюдались у подростков с дистимическим и тревожно-боязливым типах личности. Лёгкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациенток с демонстративным типом личности. Депрессивные расстройства умеренной степени тяжести отмечались у девочек-подростков с эмотивным типом личности. Дисфорические нарушения определены у пациенток с застревающим типом личности. Также определена взаимосвязь личностных особенностей девочек-подростков, склонных к бродяжничеству, с видом совершаемых суицидальных попыток. Суицидальные попытки аффективного уровня наблюдались у подростков с дистимическим и тревожно-боязливым типах личности. Шантажного характера парасуициды были диагностированы у пациенток с демонстративными и застревающими типами личности. Импульсивные суициды отмечались у девочек-подростков с эмотивным типом личности. Клинические проявления аутоагрессивных действий у девочек-подростков с синдромом уходов и бродяжничества являются в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, формируются на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня, в большинстве случаев имеют демонстративно-шантажный характер. У девочек-подростков синдром уходов и бродяжничества не протекал изолированно, а имел сложную связь с аффективными расстройствами, появление суицидальных тенденций депрессивного генеза усложняло клиническую картину синдрома. Проведенное исследование клинических аспектов личностных особенностей девочек-подростков с поведенческими нарушениями депрессивного регистра позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных и своевременно оказывать медико-психологическую и психокоррекционную помощь, выявлять суицидальное поведение на самых ранних этапах его формирования.

Список литературы:

1. Григоренко Е.А. Проблема суицидального поведения подростков (обзор литературы) //Научное обозрение. Медицинские науки. 2016. № 5. С. 40-45.

2. Григорьева Д.П., Егорова В.Н. Представления подростков о факторах суицидального поведения // Казанская наука. 2016. № 12. С. 151-154.

3. Жукова Н.Ю. Взаимосвязь отношения к смерти и склонности к саморазрушающему поведению у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 4 (17). С. 27-33.

4. Коршунова Д.Р. К причинности подростковых суицидов (обзор литературы) //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. № 2 (95). С. 116-120.

5. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. СПб.: Речь, 2005. с.448

6. Положий Б.С. Психопатологические, личностные и ситуационные факторы в структуре механизмов суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами. // Российский психиатрический журнал. – М., 2008. – №6. –С.46-50

7. Розанов В.А. Самоубийства среди детей и подростков – что происходит и в чем причина? // Суицидология. 2014. Т. 5. № 4. С. 16-3

8. Сыроквашина К.В. Современные психологические модели суицидального поведения в подростковом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 3 (97). С. 60-75.

9. Heymans P. Adolescent depression and social situation of development (in co-authoring with Olga Idobaeva and Andrei Podolskij).

10. Paper presented at the 6th European Conference on Adolescence. Budapest, Hungary,1998.

11. Joffe R., Dobson K.S., Fine S., Marriage K. & Haley G. Social problem-solving in depressed, conduct-disordered, and normal adolescents. // Journal of Abnormal Child Psychology, 1990.-Vol.

12. 12.Gibson-Davis CM. Effects of statewide job losses on adolescent suicide-related behaviors.Am J Public Health. 2014 Oct;104(10):1964-70. doi: 10.2105/AJPH.2014.302081. Epub 2015 Aug 14

13. 13.Mars B., Heron J., Crane C. et al. (2014) Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study. BMJ, 349: pg. 50-54

14. Skegg K. (2005) Self-harm. The Lancet, 366(9495): pg. 147–148. 15. Wasserman D. Help-seeking behaviour following school-based screening for current suicidality among European adolescents. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015 Jun;50(6):973-82. doi: 10.1007/s00127-015-1016-3. Epub 2015 Feb 6.

Берегулина Л.Н.

АРТ-ТЕРАПИЯ С ЖЕНЩИНАМИ, ПЕРЕНЁСШИМИ СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ В ДЕТСТВЕ

Психиатрическая больница св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург

Статистика показывает, что у 85% пациентов психиатрических клиник выявляется история сексуального насилия или злоупотребления в детстве (Н. Попова, источник: http://www.woman.ru/kids/medley5/article/49257/Woman.ru).

По данным ВОЗ, примерно 20% женщин сообщают о том, что в детстве подвергались сексуальному насилию.

Сексуальное насилие над детьми может приводить как к краткосрочным, так и к долгосрочным последствиям, в том числе к развитию психопатологии в старшем возрасте. К краткосрочным последствиям относятся: депрессия, расстройства пищевого поведения, низкая самооценка, психосоматические заболевания, нарушения сна, диссоциированные и тревожные расстройства, в том числе посттравматическое стрессовое расстройство. К долгосрочным последствиям сексуального насилия над детьми относятся попытки самоубийства, страхи, депрессии, злоупотребление ПАВ, прерывание обучения, сексуальные расстройства, психические проблемы общего характера.

Отмечено, что женщины, перенёсшие в детстве сексуальное насилие, имеют диссоциативный симптом – вытеснение воспоминаний о насилии, ощущение отчуждённости от самого себя. Это самый распространённый защитный механизм, с помощью которого психика пытается оградить себя от травмы, вызванной сексуальным насилием. «Тело стало словно чужое».

Довольно часто эти женщины причиняют самоповреждения.

Не редко женщины, пережившие сексуальное насилие в детстве жалуются на тревожность, страхи, ночные кошмары. Они страдают от панических атак, социальных фобий, навязчивых болезненных воспоминаний.

Довольно часто у них развиваются психосоматические, физиологические и аутоиммунные расстройства.

При попытке анализа модели семей, в которых девочки подверглись сексуальному насилию от близких родственников, мы выявили ряд особенностей, характерных для дисфункциональных семей. Так в некоторых семьях обнаруживалось нарушение понятия о норме, признаки явного нарушения границ (инцест) детско-родительских отношений, которым не придавалось должного запрещающего отношения, а расценивалось, как забота любящего отца к дочери. В дальнейшем эти отношения закончились попыткой сексуального насилия. Или не смотря на упорные протесты девочки оставаться наедине со старшим родственником, расценивалось как капризное поведение ребёнка (насилие продолжалось). Во взрослой жизни часто копировался стиль поведения семейных отношений, заложенных в детстве: муж крайне грубо и жестоко относится к женщине, а затем дарит ей дорогие подарки; она же воспринимает это как норму, хотя при этом страдает эмоционально, болеет язвенной болезнью желудка. Часто женщины начинают винить себя за то, что не могли своевременно обратиться за помощью, но это вполне понятно – ребёнок беззащитен в таких сложных ситуациях, когда и взрослые женщины умалчивают о сексуальном насилии из-за стыда, страха, осуждения окружающих.

Учитывая значимость проблемы женщин, перенёсших сексуальное насилие в детском или подростковом возрасте, мы разработали программу реабилитации, в основе которой лежит арт – терапия. Именно арт-терапия позволяет работать с проблемами, которые весьма трудно выразить вербально.

За последние 3 года мы использовали нашу программу с 14 женщинами, в возрасте от 19 до 60 лет, перенёсшими сексуальное насилие в детстве или в подростковом возрасте. Давность перенесённой травмы (сексуального насилия) – от 2-х до 56 лет (!).

9 женщин из 14 перенесли сексуальное насилие в собственной семье от близких родственников, что ещё больше усиливает психическую травму. Причины госпитализации в нашу больницу этих женщин: депрессивные эпизоды, суицидальные попытки, тревожные расстройства, главным образом, невротического регистра. У 6 женщин присутствовали психосоматические заболевания:

язвенная болезнь желудка – у двоих, бронхиальная астма – у одной, тиреотоксикоз – у одной, нейродермит – у одной. У многих женщин отмечались функциональные нарушения нервной системы и вегетативные нарушения (тремор рук, тики лицевых мышц, дисфункция мочевыделительной системы, гипергидроз, чувство прилива крови, спазмы кишечника, привычные рвоты, нестабильность артериального давления). Трое страдали сексуальными нарушениями. Всё это даёт повод считать последствия сексуального насилия в детском возрасте, для дальнейшей жизни женщины, очень серьёзным посттравматическим стрессовым расстройством.

Надо заметить, что психотерапевтическая работа с подобными пациентами довольно трудна, часто вызывает чувство подавленности, так как врач становится «свидетелем» ужасных подробностей сексуального насилия, которое происходило с ребёнком или подростком. Чувства стыда, вины, безысходности пациента часто затрудняют начало работы психотерапевта.

Однако, предоставив женщине свободу, спокойную, мягко директивную позицию психотерапевта, мы стараемся улучшить контакт и взаимопонимание, удовлетворяя потребности пациента в эмпатической поддержке. Далее при проведении психотерапии следует учитывать особенности динамики расстройства, особенности личности и осуществлять воздействие в три последовательных этапа:

- этап психологической и физической стабилизации,
- этап проработки травматического опыта на основе обсуждения или использовании невербальных средств выражения опыта.
- этап преодоления последствий психической травмы и личностной реконструкции, который также может включать перестройку отношений, ревизию травматического опыта, привычных схем реагирования и самооценки (Копытин, 2014).

К сожалению, перенёсшие психическую травму люди, в том числе, сексуальное насилие, в силу возникающих нарушений поведения, эмоций и мышления нередко создают для себя новые небезопасные ситуации, приводящие к повторной травматизации. Им важно научиться контролировать свои реакции, особенно на начальном этапе преодоления последствий травмы. Для этого с самого начала занятий, в качестве разминки мы используем освоение аутогенной тренировкой по Джекобсону. Мы считаем, что оптимальным методом в работе с пациентами, перенёсшими сексуальное насилие в детстве, является арт-терапия. Согласно Резолюции Российской арт-терапевтической ассоциации, принятой 16 мая 2009 г., арт-терапия характеризуется как «система психологических и психофизических лечебно-коррекционных воздействий, основанных на занятиях клиента изобразительной деятельностью, построении и развитии психотерапевтических отношений. Она может применяться с целью лечения и предупреждения различных состояний болезни, коррекции нарушенного поведения и психосоциальной дезадаптации, реабилитации лиц с психическими и физическими заболеваниями и психосоциальными ограничениями, достижения более высокого качества жизни и развития человеческого потенциала» (Резолюция Российской арт-терапевтической ассоциации, 2009, с. 9).

В последние десятилетия арт – терапию применяют всё более активно с разными группами пациентов с реакциями на тяжёлый стресс и нарушениями адаптации вследствие пережитой психической травмы – жертвами сексуального и физического насилия и др. Действительно, арт-терапия имеет ряд преимуществ по сравнению с другими методами психотерапии:

1. арт-терапию можно использовать как диагностический материал;
2. арт-терапия позволяет работать с мыслями и чувствами, которые кажутся непреодолимыми;
3. арт-терапия позволяет наладить контакт между пациентом и арт-терапевтом и улучшить коммуникацию в группе;
4. арт-терапия всегда ресурсна, она упорядочивает и гармонизирует личность.

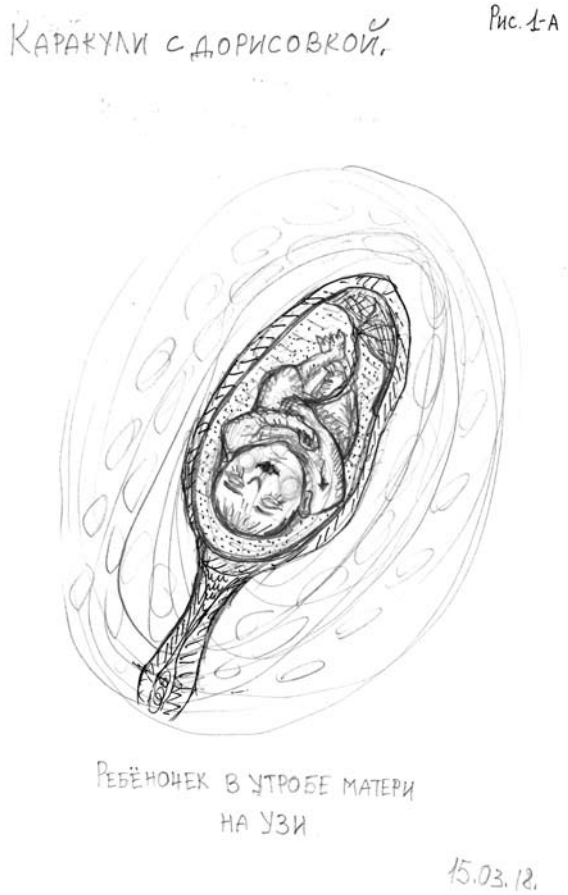
В работе с нашими пациентами мы использовали как индивидуальную, так и групповую динамически-ориентированную или клиент-центрированную арт-терапию со средними сроками лечения (Макги, 2010; Сучкова, 2007); (студийные и тематические группы), проводимые на базе лечебно-реабилитационного отделения больницы (отд. №6), отделения трудовой реабилитации

(отд.№18) и дневного стационара больницы. Продолжительность запланированной арт-психотерапевтической программы рассчитана на 6 недель (занятия проводились 2-3 раза в неделю по 60-90 минут) с последующим переводом женщин в дневной стационар для закрепления полученных результатов или использовались системы лечебных отпусков, с еженедельным контролем состояния пациента.

По справедливому утверждению А.И. Копытина, ведущими психологическими механизмами, обеспечивающими снятие напряжения, отражение и переработку травматического опыта, а также перестройку системы восприятия реальности в ходе занятий изобразительной деятельностью выступают децентрирование, экстернализация и символизация.

Децентрирование – предполагает переключение внимания, отвлечение и уход от поглощённости травматическими переживаниями и воспоминаниями, помогает выйти за пределы «тупиковой» ситуации, что мы и используем на первом этапе арт-психотерапии, – стабилизации психофизического состояния, где предлагаем использование следующих техник: совместный рисунок пациента и арт-терапевта, когда пациентка испытывает чувство растерянности и неуверенности; «моё безопасное и комфортное место» (рис.1), – выполняется в виде рисунка или коллажа; мандала – как защитный приём, сохраняющий личностные границы; «каракули с дорисовкой» (рис. 1-а) и акватипия – для выявления собственных потребностей. На данном этапе мы успешно используем технику «галерея гармонизирующих образов», методом подбора соответствующих фотографий или иллюстрируя музыкальные произведения (например «Карнавал животных» Сен-Санса или отрывки из балета Чайковского «Щелкунчик»). Возможны варианты групповой работы: коллективное рисование окружностей на формате скрепленных трёх листов А-1, с дальнейшей работой в окружностях и в свободном пространстве. Эта деятельность укрепляет чувство собственных границ, чувство защищённости и упорядоченности и даёт начало коммуникативным навыкам.

Рис. 1



Убедившись в эмоциональной и физической стабильности женщины, можем переходить к следующему этапу арт-психотерапии.

Второй – основной этап – проработки травматического опыта и связанных с ним эмоциональных состояний невербальными методами с последующим обсуждением. Экстернализация

(проекция) – заключается в «переносе» физических ощущений, переживаний и представлений на внешние объекты и процессы В результате экстернализации травматический опыт может быть «отдалён» от личности. Довольно часто этот этап происходит спонтанно, когда например, пациентка знакомится с художественными материалами в кабинете арт-терапии, и найдя ассоциативный образ, создаёт коллаж своего травматического эпизода (рис.2). И.М. Никольской был разработан арт – терапевтический метод серийных рисунков и рассказов с пострадавшими от травматического стресса, который мы использовали в работе с женщинами, перенёсшими сексуальное насилие в детстве. Мы считаем, что если человек может изобразить свою болезненную травматическую ситуацию, то он может её осмыслить и переработать, получив жизненный опыт. Не редко, пациенты, желая избавиться от тяжёлых переживаний, хотят уничтожить изображения своей травмы. Однако, при обсуждении мы доказываем неправильность этого решения, т.к. эти тяжёлые переживания никуда не исчезнут, а «осядут» в подсознание и всё-равно будут тревожить и оказывать вредоносное действие на здоровье. Так пациентка на занятии по сочинению и иллюстрированию трёхстрочных стихов хокку вспомнила травмирующее событие, которое произошло с ней более пяти лет назад и казалось, забытым (рис.3). Поэтому мы предлагаем использовать метод «защитного контейнирования» – создание ёмкости (коробки, конверта, «раковины»), куда можно поместить изображение своей травмы, которая может превратиться в собственный жизненный опыт, за счёт осознания личностью трудностей, связанных с перенесённым стрессом и достижению контроля над ними (рис.4). Групповая работа для пациентов с ПТСР является весьма полезной с точки зрения обмена опытом, сплочённости и улучшения коммуникации. На групповых занятиях мы используем выполнение коллективных работ (рисование объекта без вербального общения, например – башни), работу в парах и в малых группах.

Рис. 2

Рис. 3

Рис. 4

С женщинами, имевшими жалобы на выраженные соматовегетативные проявления, состояния «заморозки», снижение телесных ощущений после перенесённой травмы, мы успешно использовали приёмы групповой телесно-ориентированной терапии и элементы игровой терапии.

Символизация тесно связана с экстернализацией, но относится к познавательной активности, происходящей на основе оперирования образами. Символизация связана с формированием целостной, стабилизированной системы образных представлений, что ведёт к осознанию опыта и научению. Выражение чувств посредством символических образов, в том числе в тесной связи с изобразительной деятельностью, способно приводить к катарсису, даже если содержание изобразительной продукции и смысл переживаний в процессе её создания человеком не осознаются. В то же время изобразительная деятельность часто сопровождается достижением лучшего понимания глубины смысла переживаний, ростом самопонимания и самопринятия (Копытин, 2014). На этапе содержательной переработки травматического опыта применяется работа, с естественными в данной ситуации негативными эмоциями, – гневом и злостью. Часто пациентки изображают свои фантазии мщения по отношению к обидчикам (рис.5). Справиться с этими эмоциями помогает работа с глиной (рис.6). В работе с чувствами страха, стыда, вины и печали, которые присутствует у большинства, переживших насилие, помогает техника «отпечатки страхов», которая постепенно даёт ослабление этим эмоциям (рис.7). Кроме того, с этой же целью мы применяли техники «Звезда чувств» и «картины – мазилки» (Баер, 2013), которые помогают вывести наружу, скрываемые в глубине, до сих пор, эмоции.

Рис. 5

Рис. 6

Рис. 7

Рис. 8

Третий этап арт-психотерапии направлен на переоценку травматического опыта, преодоления последствий, перенесённого в детстве или в подростковом возрасте сексуального насилия. На данном этапе мы использовали следующие методы работы: «Мой жизненный путь»- рисование и повествование об основных этапах жизни, включая травматические эпизоды, способы их преодоления, с обязательными планами на будущую жизнь; метод исследования собственных потребностей «Что спрятано под камнем»; технику работы с обидой (Лебедева, 2016); рисование своего метафорического портрета – реального и идеального; метод рисования и диалога телесного образа «Я» – ТОЯ здорового и сильного и ТОЯ травмированного и слабого, обретение силы в диалоге визуальных образов (Стоун, 2006) (рис.8). Используем метод, предложенный А. Копытиным «Реализация картины мира». Успешно используем технику изготовления защитного оберега (Корт, 2014), которая нравится женщинам, укрепляет веру в себя и в окружающих людей (рис.9), создание личного герба – является итоговой работой, показывающей отношение пациента к собственной личности, реальную оценку прошлого и будущего (рис.10). Девиз герба, выбранного автором, даёт

Рис. 9

установку на дальнейшую жизнь: «Всегда идти вперёд и не сгибаться!», «Любовь, семья, дети». Все эти техники и методы направлены на успешное преодоление, переработку травматического опыта, перенесённого в прошлом, изменение личностных качеств (укрепление веры в себя и других людей, повышение собственной ответственности, способность управлять своим состоянием, найти необходимые ресурсы) (рис.11).

Рис. 11

Рис. 10

Пациентам проводились следующие психологические и арт-терапевтические исследования:

1. симптоматический опросник SCL-90 (Derogatis, Lipman, Rickels et al., 1974);
2. определение самооценки по Дембо-Рубинштейн;
3. тест «Самочувствие-Активность-Настроение» (САН) (Доскин, Лаврентьева, Мирошников, Шарай, 1973);
4. опросник депрессивных состояний (ОДС) (Беспалько и др., 1980; Беспалько, 2004);
5. интегративный тест тревожности (ИТТ) (Петрова, 2007);
6. опросник качества жизни ВОЗКЖ-100 (Бурковский, Коцюбинский, Левченко, Ломаченков, 1998);
7. рисуночный тест Сильвер и тест «Нарисуй историю» с комплексом шкал для оценки эмоциональных и познавательных процессов, а также чувства юмора (Silver, 2002; Сильвер, Копытин, 2002);
8. графические проективные методики, предназначенные для экспертной оценки состояния и личности участников занятий – «Метафорический автопортрет», «Личный герб», «Жизненные цели».

Часть исследований проводились клиническими психологами (протоколы исследований и заключения помещены в истории болезней пациентов). Другая часть исследований (определение самооценки, САН, опросник качества жизни, рисуночный тест Сильвер и тест «Нарисуй историю», а также графические проективные методики) проводилась нами самостоятельно.

Заключение. Клинические наблюдения за пациентами, участвовавшими в реабилитационном арт – психотерапевтическом проекте показали значительную положительную динамику их психосоматического состояния: стабилизацию настроения, улучшение сна, заметное уменьшение или исчезновение страхов, тревожности, неуверенности; обретение коммуникативных качеств, улучшение взаимоотношений в коллективе и улучшение комплайенса; повышение активности, высказывание реальных планов на будущее (продолжение прерванной учёбы или работы, занятия спортом

или любимыми видами творчества). За время проведения занятий не наблюдалось обострения психосоматических заболеваний (кроме двух приступов бронхиальной астмы в начале первого этапа программы). Постепенно минимизировали функциональные неврологические нарушения. Данные психологического исследования подтверждают адекватное повышение самооценки, практически, у всех женщин. Опросник САН у большинства пациентов даёт положительную динамику, как и опросник качества жизни. Рисуночные тесты Сильвер и «Нарисуй историю», проводимые в конце первого этапа и в заключении программы подтвердили уменьшение напряжённости, неуверенности, проявления активной позиции и юмора.

Таким образом, реабилитационная арт-терапевтическая программа для женщин, перенёсших сексуальное насилие в детском или в подростковом возрасте, с посттравматическими расстройствами, преимущественно невротического регистра, обеспечивает выраженные и разносторонние положительные эффекты и может быть рекомендована к психотерапевтической работе с подобными пациентами.

Список литературы:

1. Аррингтон Д. Работа с чувствами горя и утраты в арт-терапии // Исцеляющее искусство: Международный журнал арт-терапии. 2011.Т.14. №3. С.28-51.
2. Арт-терапия – новые горизонты /Под.ред.А.И.Копытина. М.: Когито-Центр, 2006.
3. Арт-терапия жертв насилия / Под.ред. А.И.Копытина. М.: Институт психотерапии, 2009.
4. Волкер Д. Использование многозначных художественных образов в психотерапии // Исцеляющее искусство: Международный журнал арт-терапии.2010.Т.13.№1.С.37-51.
5. Копытин А.И. Арт-терапия психических расстройств. СПб.: Речь, 2011.
6. Макги П. Обретение силы посредством развития сообщества. Случай арт-терапевтической работы с женщиной, пострадавшей в детстве от сексуального насилия // Арт-терапия женских проблем / Под ред. А.И.Копытина. М.: Когито-Центр, 2010. С.81-98.
7. Махова А.В. Особенности психологии женщин, переживших насилие. Последствия насилия и особенности реабилитации. Телефон экстренной психологической помощи. Женское психическое здоровье: междисциплинарный статус.[Электронное издание] Под ред. Незнанова Н.Г., Семёновой Н.В., Васильевой А.В., Мазо Г.Э.
8. Никольская И.М. Роль психологической защиты в оказании кризисной психологической помощи детям // Медицинская психология в России. 2012.№5 (16).URL.: htt: //www.medpsy.ru (дата обращения 11.09.18).
9. Резолюция Российской Арт-терапевтической ассоциации, принятой 16 мая 2009г. // Исцеляющее искусство: Международный журнал арт-терапии. 2009. Т. 12.№1. С.9.
10. Стоун Б. Телесный образ «Я» и посттравматическое стрессовое расстройство:
11. Обретение силы посредством диалога с визуальными образами // Арт-терапия – новые горизонты / Под.ред. А.И.Копытина.М.: Когито-Центр,2006. С.66-86.
12. Фоа Э., Кин Т.М., Фридман М. (ред.). Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства. М.: Когито-Центр, 2005.

Введенский Г.Е.

ДИССОЦИАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПАРАФИЛИЯХ

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, Москва

К. Ясперс (1997) выделял 4 формальных признака «Я» (самосознания): 1) чувство деятельности – осознание себя в качестве активного существа; 2) осознание собственного единства в момент времени; 3) осознание собственной идентичности – «я остаюсь тем, кем был всегда»; 4) осознание отличия «Я» от не «Я». Он писал, что во всех случаях аномальны такие явления, как недоступность содержания психики сознанию, интеграции в личностный контекст и считал понятие расщепления одним из фундаментальных в психопатологии.

Ф. Патнем (2004) определяет диссоциацию как бессознательный процесс, разделяющий психические функции или личность в целом на отдельные изолированные друг от друга составляющие. Этим же термином называют психологическую защиту от внутреннего конфликта за счет утраты интегративной функции «Я». При диссоциации автоматические функции выпадают из-под контроля сознания, эмансипируются и начинают управлять поведением человека.

В МКБ-10 (рубрика F44) приведены общие признаки диссоциативных и конверсионных расстройств: частичная или полная потеря нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознании идентичности и непосредственных ощущений с одной стороны, и контролировании движений тела с другой. Включены диссоциативные: амнезия, фуга, ступор, транс и одержимость, расстройства движений и ощущений, двигательные расстройства, конвульсии, анестезия (в том числе сужение поля зрительного восприятия), смешанные, другие расстройства (синдром Ганзера, расстройства множественной личности, транзиторные расстройства, возникающие в детском и подростковом возрасте, другие уточненные расстройства (психогенная спутанность, сумеречное состояние).

В DSM-V диссоциативные расстройства определены как нарушения и/или разрывы нормальной интеграции сознания, памяти, идентичности, эмоций, восприятия, схемы тела, управления движениями и поведением. Указывается, что диссоциативные симптомы могут разрывать каждую область психологического функционирования и ощущаются как: a) незаметные интрузии в осознание и поведение, сопровождающиеся потерей преемственности в субъективном опыте (т.е. «положительные» диссоциативные симптомы, такие, как фрагментация идентичности, деперсонализация и дереализация) и/или b) невозможность доступа к информации или нарушение контроля психических функций, которые обычно легко доступны и контролируются (т. е. «отрицательные» диссоциативные симптомы, такие, как амнезия).

В проекте МКБ-11 диссоциативные расстройства характеризуются непроизвольным нарушением или ослаблением нормальной функции интеграции воспоминаний, мыслей, идентичности, аффектов, ощущений, восприятия, поведения, или контроля движений тела.

В клинике парафилий можно выделить диссоциативные состояния: 1) возникающие на момент деликта; 2) изменения идентичности как этап развития парафилии.

К первым относятся диссоциативные расстройства в узком смысле, среди которых можно выделить: а) количественные изменения деятельности анализаторов – зрительного и слухового – в виде временного усиления или ослабления восприятия – «диссоциативные расстройства чувствительности» в проекте МКБ-11); б) мнестические расстройства – диссоциативная амнезия (локализованная или парциальная), сочетание гипермнезии и амнезии (при детальном запоминании одежды жертвы не может узнать в лицо); затруднения в отличии фантазий от реальности (собирание вещей жертв как меток памяти); в) состояния дереализации и деперсонализации, deja vu и jamais vu; г) состояния «горизонтальной» диссоциации-отчуждение поведения с позицией «наблюдателя» и сомнениями субъекта относительно того, «он ли это сделал» или отсутствие эмоций и телесных ощущений; д) состояния «вертикальной» диссоциации (нарушения осознавания мотива, цели, программы поведения: в норме осознаются лучше цель и результат действия, сам же процесс – исполнение программы и контроль за ее протеканием, как правило, осуществляется на бессознательном уровне (Хомская Е.Д., 1987), при этом осознание программы при отсутствии в

сознании мотива порождает ощущение безличностности-аспонтанности, непроизвольности или отчужденности-насильственности, чувства овладения-переживаний в фантазиях, поведения в реализации (субъект сообщает, что действовал «автоматически», «как во сне», «не контролировал свои действия»); при частичном осознавании программы и возможности занять позицию наблюдателя состояние переживается как нечто навязанное – например, при обсессивно-компульсивном характере аномального сексуального влечения; при полном отсутствии в сознании целей, мотива и программы поведения наблюдается импульсивность поведения; отсутствие в сознании цели и программы поведения демонстрирует «симптом охоты» (у серийного убийцы Е. желание преследовать женщину всегда возникало внезапно, никогда не бродил с такой осознанной целью, при виде одинокой женщины, что часто было связано с исходящим от нее запахом духов и алкоголя, появлялась какая-то злость, в большинстве случаев до последнего момента не знал, чего же он хочет – изнасиловать или отобрать вещи); е) нарушения идентификации: идентификация с женщиной в ощущениях, эмоциях, мышлении или с жертвой – «обмен ролями», чередование позиций «субъект-объект» (Г., страдающий гомосексуальным педофильным садизмом, пытался проделывать над собой те же манипуляции, что и над своими жертвами, как бы меняясь с ними местом в процессе действия); д) состояния транса, фуги и сумеречные состояния; ж) «альтернация самосознания» – одновременное осознание реального и нового образа «Я», их сосуществования (Каменсков М.Ю., 2018).

Ко второй группе относятся состояния расщепления «Я» (например, случай, когда выявлялось наличие двух противоречащих друг другу образов поведения: в рамках основного субъект ведет асоциальный образ жизни, испытывает влечение к мальчикам, не испытывая ни к кому привязанности, в рамках второго – наблюдается гетеросексуальное либидо, ухаживает за женщинами, помогает бабушке, причем переходы из одного состояния в другое достаточно внезапны и неожиданны для самого субъекта, хотя память о поведении и переживаниях этого периода сохраняется («комплексное диссоциативное расстройство вторжения» согласно проекту МКБ-11). В ряде случаев исходным состоянием формирования парафилии как сексуальной аддикции является «алиенация самосознания» (Каменсков М.Ю., 2018), когда новая аддиктивная личность как бы поглощает старую.

Список литературы:

1. Каменсков М.Ю. Клинико-патогенетические и диагностические аспекты парафилий и их судебно-психиатрическое значение. – Автореферат дисс… докт.мед. наук – М., 2018.
2. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб, 1994.
3. МКБ-11 бета-версия/www.ICD-11.ru
4. Патнем Ф. Диагностика и лечение расстройства множественной личности. – М., 2004.
5. Хомская Е.Д. Нейропсихология.- М., 1987.
6. Ясперс К. Общая психопатология. – М., 1997.
7. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. – American Psychiatric Association, 2013.

Денисов М.Ф.[1], Снедков Е.В.[1,2], Лесков А.Н.[1]

ПРОВЕРКА ГИПОТЕЗЫ «ЭСТРОГЕННОЙ ЗАЩИТЫ» ОТ ШИЗОФРЕНИИ: ПРОИСХОДИТ ЛИ В ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН ВТОРОЙ ВОЗРАСТНОЙ ПИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ?

[1]Психиатрическая больница св. Николая Чудотворца
[2]Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. Ещё в работах ранних классиков психиатрии XIX века – И.М. Балинского, В. Гризингера, Р. фон Крафт-Эбинга и др. упоминалась роль физиологических перестроек гормонального статуса у женщин (менструальных фаз, беременности, родов, периодов лактации, климактерия) как факторов, в ряде случаев способствующих развитию тех или иных психических нарушений. Вместе с появлением в конце XIX века психиатрической нозографии, фокусирующей внимание клиницистов на закономерностях течения отдельных форм психических заболеваний, открылся путь к дифференцированному изучению этиологических и провоцирующих причин их возникновения – в т.ч., к оценке влияний возраста, пола, возрастных сдвигов в секреции половых гормонов. Опираясь на свои многочисленные наблюдения, создатель нозологического направления в психиатрии Э. Крепелин уже в 1909 г. сообщал, что в женской популяции популяции dementia praecox возникает несколько реже и тремя-четырьмя годами позже, чем среди лиц мужского пола. Зато другую нозологическую форму – парафрению – Крепелин чаще наблюдал у женщин; данное заболевание обычно развивалось в возрастном диапазоне 25-38 лет. Под парафренией Крепелин понимал хронический психоз с постепенно расширяющимся систематизированным бредом, обманами чувств, расстройствами логики и смысловой стройности мышления, конфабуляциями и парциальным эмоциональным притуплением. Принципиальными отличиями парафрении от дементно-параноидной формы раннего слабоумия он считал сохранность ядра личности, тесную связь аффекта и поведения с содержанием бреда, отсутствие прогрессирующего обеднения психомоторики и мышления, умственного и волевого оскудения, стереотипий, тенденцию к ремиттирующему течению. В то время как в родословной больных парафренией нередко прослеживалось участие наследственного фактора, происхождение раннего слабоумия Крепелин увязывал с патологиями беременности и акушерскими осложнениями.

Автор новой концепции Эуген Блёйлер в своём «Руководстве по психиатрии» (1920) писал: «Хотя мы ещё не можем провести внутреннего подразделения по естественным признакам, мы всё же не считаем шизофрению болезнью в более тесном смысле слова, а группой болезней, аналогичной, скажем, группе органических болезней, распадающейся на прогрессивный паралич, старческие формы и т.д. Поэтому нужно по-настоящему говорить о шизофрениях во множественном числе» [13]. Однако в этом же издании, уже в самом названии соответствующей главы он фактически отождествил свои «шизофрении» с крепелиновской *dementia praecox*. Неудивительно, что процитированное замечание Блёйлера вскоре было предано забвению. Термин «шизофрения» стал употребляться в единственном числе, обозначая собой якобы монолитную нозологическую единицу. «Шизофрения» поглотила целый ряд принципиально различающихся по этиопатогенезу, течению, исходам форм психических заболеваний. Ну, а несколькими десятилетиями позже, благодаря введению классификаций DSM-III, DSM-IV и МКБ-10 главными диагностическими критериями «шизофрении» оказались не имеющие ничего общего с выделенными Блёйлером «облигатными симптомами» «симптомы первого ранга» К. Шнайдера. В итоге произошло окончательное смешение понятий, несомненно сказавшееся на противоречивости результатов многих научных исследований в данной области, включая и те, о которых пойдет речь ниже.

Сравнительные статистические исследования мужчин и женщин, страдающих «шизофренией», не учитывающие численное преобладание среди мужчин «раннего слабоумия» (в современной терминологии – злокачественных, «юношеских», «ядерных», «дефицитарных» вариантов шизофрении), а среди женщин – «парафрении» (в классификации К. Леонгарда (1968) – «аффективной парафрении» [6]) демонстрируют вполне ожидаемые различия как в клинической экспрессии

психопатологической симптоматики, так и в особенностях течения заболеваний. Действующий в данном случае закон больших чисел показывает, что у женщин «шизофрения» протекает намного легче, с явным доминированием продуктивных и аффективных симптомов, лучшим долгосрочным исходом, меньшим числом госпитализаций и более продолжительными ремиссиями, которые формируются в более короткие сроки на фоне применения меньших доз антипсихотических препаратов [12, 16, 22, 24, 40, 42, 44, 47, 51, 55, 57, 62]. Настолько же закономерными представляются обнаружения у пациентов-мужчин более высокой частоты перинатальных осложнений, обусловливающих гораздо большую выраженность структурных и функциональных мозговых отклонений с наличием более тяжёлой нейропсихологической дисфункции и «мягких» неврологических отклонений. [16, 23, 35, 58]. Меньшую уязвимость младенцев женского пола в отношении развития ближайших и отдалённых последствий родовых травм специалисты объясняют тем, что созревание мозга к моменту рождения у них происходит раньше, нежели у мальчиков, благодаря образованию большего числа миелинизированных нервных волокон и, соответственно, межнейрональных связей. Конечно, большая подверженность младенцев мужского пола развитию нейроэволюционных аномалий с формированием ошибочных связей между ключевыми мозговыми областями не является ни фатальной, ни специфичной. Однако она способна объяснить и сравнительно плохое психосоциальное функционирование будущих пациентов-мужчин в преморбиде, и начало заболевания в период завершения созревания мозга, когда обусловленные перинатальными повреждениями ошибки внутримозговых связей могут оказаться критическими (т.е., в подростковом и юношеском возрасте), и развитие тяжёлых быстро прогрессирующих форм эндогенных психозов с исходом в статичные картины своеобразной деменции.

В 1960-1980-х гг. более раннее начало шизофрении у пациентов-мужчин копировалось более чем в 50 публикациях (см. обзор M.C. Angermeyer и L. Kiihn (1988). Но уже в ближайшие годы эти результаты подверглись сомнениям. Выяснилось, что указанное отличие от пациентов-женщин касается одной только параноидной формы шизофрении [56]. Данное обстоятельство должно заставить нас задуматься, в какой пропорции в сравниваемых гендерных группах находились больные с «дементно-параноидной формой раннего слабоумия» и с «парафренией» по Крепелину (по Леонгарду – с «системной парафренией» и с «аффективной парафренией», соответственно). В целом ряде исследований никаких гендерных различий ни в возрасте начала заболевания, ни в соотношениях больных «шизофрениями» с длительными (свыше 6 мес.) госпитализациями обнаружено не было [37, 39, 51, 56, 62, 63]. Авторы целого ряда исследований [18, 41, 42, 47], включая недавний мета-анализ [20] пришли к выводу, что гендерные различия в возрасте начала, если и существуют, то в гораздо меньшем размере, чем считалось ранее, а в исследованиях с применением строгих критериев диагностики таковые отсутствуют вовсе. Дополнительные трудности при попытках сопоставления результатов исследований данного вопроса создают резко отличающиеся и зачастую ненадёжные методы оценки начала заболевания [36]. Клинический опыт показывает, что в случаях ядерной шизофрении манифестации очевидных признаков психоза обычно предшествует длительный период малоспецифичных и трудно отличимых от проявлений пубертатного криза изменений личности и поведения. Возраст первого обращения к психиатру может быть связан с дисгармоничными стилями семейных отношений типа эмоционального отвержения, гипоопеки, доминирующей или потворствующей гиперпротекции, а также с разнообразными суевериями и предрассудками, с избыточными опасениями психиатрической стигматизации и мн.др. Ещё менее надёжен критерий возраста первой госпитализации, так как далеко не всегда при этом устанавливается диагноз шизофрении; первая госпитализация в данное учреждение может быть уже не первой для самого пациента; некоторые больные лечатся у психиатров приватным способом либо анонимно, а некоторые вообще никогда не обращаются за медицинской помощью, приспосабливаясь жить в одиночестве или же, к примеру, при монастырях; нередко такие больные становятся бездомными бродягами.

Наиболее убедительная, на наш взгляд, информация о половых различиях в возрасте начала разных форм «системной» и «несистемной» шизофрении содержится в недавно изданной и благодаря качественному переводу получившей среди отечественных психиатров известность монографии К. Леонгарда «Систематика эндогенных психозов и их дифференцированная диагностика» [6].

Однако самым интригующим и одновременно спорным нам представляется тезис о существовании в популяции женщин второго пика заболеваемости шизофренией в возрасте от 45 до 54 лет, то есть в период климактерия – перименопаузы, менопаузы и постменопаузы. Впервые данный тезис выдвинул Эуген Блёйлер [13]. Следуя традиции своего отца в расширении границ «группы шизофрений», Манфред Блёйлер ввёл в 1943 г. понятие «поздней шизофрении» [14]. Не получив широкого признания за рубежом (более того, в DSM-III-R вводилось даже возрастное ограничение для диагностики шизофрении впервые в жизни), концепция «поздней шизофрении» нашла горячих сторонников среди последователей школы А.В. Снежневского [10] и продолжает поддерживаться ими по сей день [2, 4]. В качестве типичных особенностей «поздней шизофрении» описываются преобладание бредовой и аффективной симптоматики со слабой выраженностью дефицитарных расстройств и приступообразным течением с тенденцией к постепенному смягчению клинических проявлений. В ряде публикаций указывается, что «поздняя шизофрения» чаще наблюдается у женщин. Один из современных отечественных авторов взамен непопулярной концепции «поздней шизофрении» выдвигает новый тезис – об увеличивающейся с возрастом тенденции к возникновению «рекуррентной шизофрении». Наиболее часто – утверждает этот же специалист – «рекуррентная шизофрения развивается в возрасте старше 60 лет [8]. Авторов цитируемых публикаций, по-видимому, не смущает тот факт, что включение описываемых ими клинических картин в рамки одного и того же заболевания наряду с теми формами, для которых типичен «далеко идущий распад личности с преобладающими расстройствами чувства и воли, слабостью суждений, умственным оскудением» (определение Крепелина), идёт вразрез с основополагающими принципами нозографии. По всей видимости, «поздняя шизофрения» (или, если угодно, «поздняя рекуррентная шизофрения») на самом деле представляет собой сборную группу, состоящую из случаев поздней парафрении (рубрика F22.02 МКБ-10), инволюционных параноидов (F22.8) и начальных стадий органических деменций с бредовыми и галлюцинаторными симптомами (F0x.x1, F0x.x2).

Немецкий психиатр H. Häfner предпочёл не увлекаться терминологической эквилибристикой. В 1993 г. с помощью разработанного под его же руководством «Интервью для ретроспективной оценки начала шизофрении». Häfner произвёл анализ весьма ограниченного числа клинических наблюдений, в результате которого заявил о существовании в популяции женщин двух пиков заболеваемости: первого, происходящего в молодом возрасте несколькими годами позже, чем среди мужчин, и второго, хотя и более низкого, обнаруженного им в возрасте 45-54 лет [28]. В том же году совместно с A. Riecher-Rossler он выдвинул гипотезу «эстрогенной защиты», объясняющую как более поздний «пик развития шизофрении», так и второй её «пик» у женщин инволюционного возраста вследствие наступающего в перименопаузе гипоэстрогенизма [53]. В течение двух ближайших десятилетий Häfner и в одиночку, и в соавторстве с другими специалистами выпустил впечатляющее количество публикаций (в списке литературы мы привели лишь ничтожную их часть), благодаря чему смог настолько растиражировать свои выводы, что они вошли в целый ряд солидных руководств по психиатрии. Спору нет, гипотеза «эстрогенной защиты» внешне выглядит привлекательно, однако выдвинутые в её поддержку аргументы представляются нам не вполне убедительными.

Ссылаясь на работы Häfner, гипотезу «эстрогенной защиты» разные авторы стали подкреплять результатами нейробиологических и клинических исследований, на основании которых эстрогенные препараты стали ими предлагаться в качестве дополнительной терапии при шизофрении у женщин. Более того, появились сообщения об эффективности такой терапии – пока не отличающиеся, впрочем, хорошей доказательностью и воспроизводимостью.

Именно последнее обстоятельство привлекло наше внимание как к самой концепции «гипоэстрогенизма» при шизофрении, так и к системе доказательств, на которых она построена – прежде всего, к данным о росте заболеваемости этим психозом у женщин в возрасте 45-54 лет.

В отечественной психиатрической литературе подобных исследований нам найти не удалось.

С целью проверки соответствующих эпидемиологических данных мы решили провести самостоятельное исследование, задачей которого было сравнить по полу и возрасту начала заболевания всех больных, у которых была диагностирована шизофрения (F20), впервые госпитализированных в нашу больницу в течение 15 лет – в период с начала 2003 до конца 2017 года.

Принимая во внимание значительное разнообразие в диагностических предпочтениях врачей и связанную с ней нестабильность психиатрических диагнозов, в исследование дополнительно были включены больные, у которых были диагностированы другие психотические расстройства, имеющие неорганическую природу и не связанные с употреблением психоактивных веществ: все психические расстройства, включенные в раздел F20-F29 V класса МКБ-10 (Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства), а также аффективно-бредовые психозы с неконгруентным аффекту бредом (F3*.*4).

Непосредственными материалами исследования послужили демографические и клинические данные о пациентах, содержащиеся в Медицинской Информационной Системе (МИС) больницы. При этом критериями включения в исследование явились:

- первая в жизни госпитализация в психиатрический стационар,
- заключительный диагноз из раздела F20-29 или F3*.*4,
- возраст до 65 лет,
- проживание на территории обслуживания больницы.

При определении возраста начала заболевания мы отказались от первоначальной идеи использовать данные из п. 31 формы № 066-1-у-02 (Статистическая карта выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара) – «Дата начала заболевания», потому что разные врачи по-разному понимают, от каких событий следует отталкиваться при этой датировке. Поэтому под возрастом начала заболевания в нашей работе мы использовали информацию из п.32 – «Дата обращения к психиатру (наркологу) впервые в жизни».

Для оценки заболеваемости населения в разных возрастно-половых группах нам понадобились сведения о возрастно-половом распределении среди населения трех районов Санкт-Петербурга – Адмиралтейском, Московском и Фрунзенском, обслуживаемых больницей. Дополнительным материалом при проведении исследования явились сведения из статистического сборника Федеральной службы государственной статистики, в котором подводились итоги Всероссийской переписи населения 2010 года.

Данные по трем указанным районам арифметически складывались, что позволило получить интересующие нас показатели, которые мы с известными оговорками предлагаем рассматривать как возрастно-половое распределение среди населения территории обслуживания в течение всего исследуемого периода. Коэффициенты средней ежегодной заболеваемости на 100 тыс. населения для каждой возрастно-половой подгруппы вычислялись по следующей формуле: число заболевших (госпитализированных) / численность населения / 15×100000.

Для обработки полученных данных применялись методы описательной статистики.

Результаты. 1) Население в возрасте до 65 лет трех районов обслуживания составляло 711920 человек. Деление населения по полу и возрасту показано в таблице 1. Отметим, что целью исследования не являлся анализ возрастно-половой структуры населения, и соответствующие данные (см. таблицу 1) приводятся нами исключительно в справочном порядке – для того, чтобы были понятны последующие расчеты заболеваемости.

Таблица 1.

Распределение населения территории обслуживания по возрасту и полу

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
до 15 лет	42590	40262	82852
15-19	35597	34645	70242
20-24	21533	22824	44357
25-29	39925	38726	78651
30-34	38791	40244	79035
35-39	33398	34665	68063
40-44	29369	31291	60660
45-49	26151	30492	56643
50-54	25148	30646	55794
55-59	25818	35843	61661

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
60-64	20802	33163	53965
Всего	339121	372799	711920

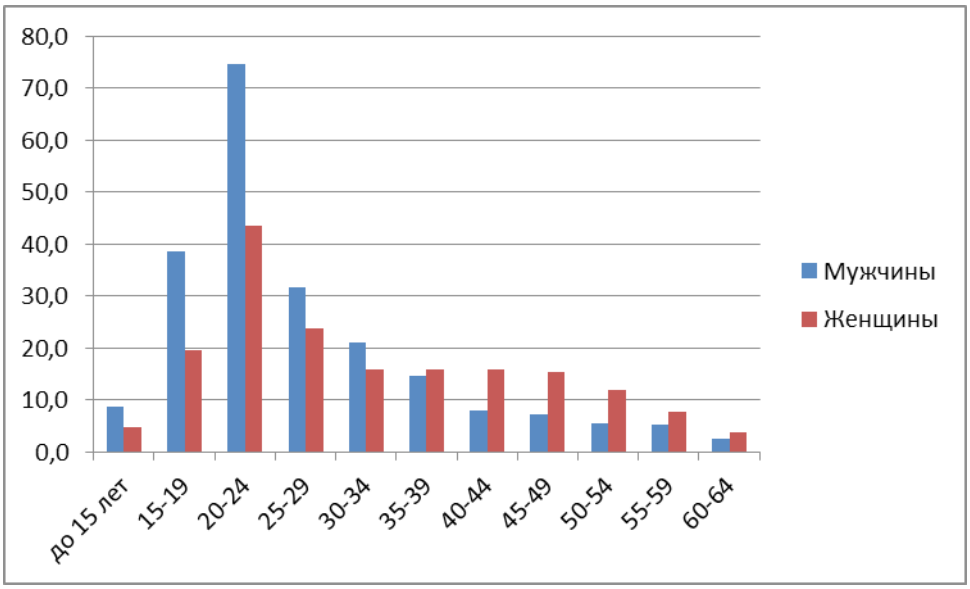
2) Было выявлено 1852 впервые в жизни госпитализированных больных, у которых была в период госпитализации или ранее была диагностирована шизофрения или какой-либо иной психоз (F21-29, F3*.*4): в том числе 999 мужчин и 853 женщины. Таким образом, соотношение заболевших мужчин и женщин оказалось равным 1,17. Возрастно-половое распределение пациентов этой группы и среднегодовые коэффициенты заболеваемости для каждой из подгрупп представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Возрастно-половое распределение впервые госпитализированных больных шизофренией и другими психозами (абсолютные значения и среднегодовая заболеваемость на 100 000 населения)

Возраст	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	Заболеваемость	абс.	Заболеваемость	абс.	Заболеваемость
до 15 лет	56	8,8	29	4,8	85	6,8
15-19	206	38,6	101	19,4	307	29,1
20-24	241	74,6	149	43,5	390	58,6
25-29	189	31,6	138	23,8	327	27,7
30-34	122	21,0	96	15,9	218	18,4
35-39	73	14,6	82	15,8	155	15,2
40-44	35	7,9	74	15,8	109	12,0
45-49	28	7,1	70	15,3	98	11,5
50-54	21	5,6	55	12,0	76	9,1
55-59	20	5,2	41	7,6	61	6,6
60-64	8	2,6	18	3,6	26	3,2
Всего	999	19,6	853	15,3	1852	17,3

Для большей наглядности проиллюстрируем данные о заболеваемости в разных возрастно-половых группах гистограммой:



Как видно из представленных данных, у мужчин и женщин пик заболеваемости одинаково приходился на возраст 20-24 лет, а в дальнейшем она уменьшалась – причем у мужчин значительно более быстрыми темпами. Поэтому уже к 35-39 годам заболеваемость женщин начинала превышать таковую у мужчин. Однако второго пика заболеваемости у женщин после 45 лет не возникало. В возрасте от 30 до 49 лет, показатели заболеваемости у них оставались относительно стабильными, а затем возобновляли падение.

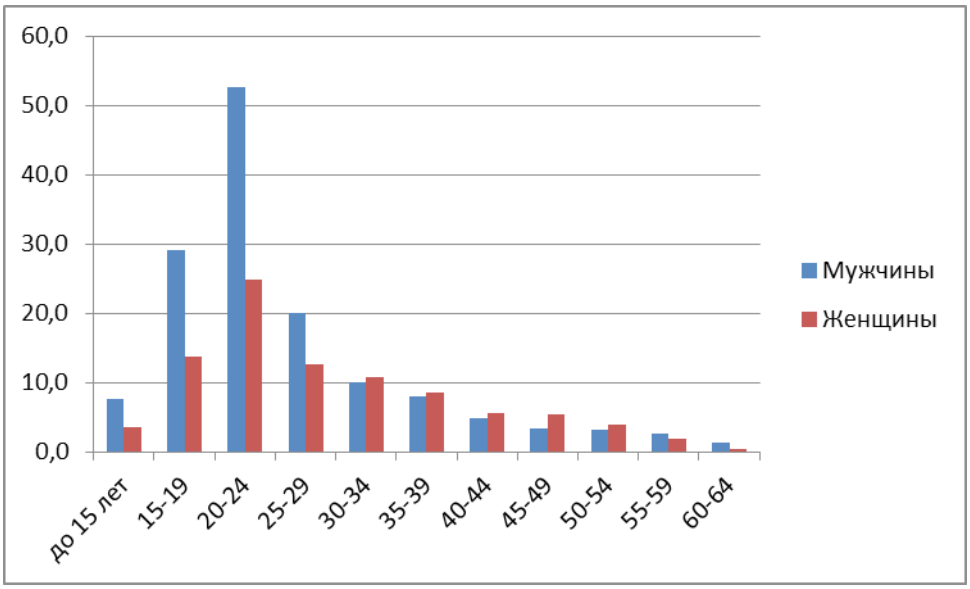
3) Среди рассмотренной выше выборки пациентов было идентифицировано 1092 больных, у которых была диагностирована шизофрения: среди них 652 мужчины и 440 женщин. Соотношение мужчин и женщин оказалось равным 1,48. Распределение этих больных по возрастно-половому составу и соответствующие коэффициенты заболеваемости показаны в таблице 3.

Таблица 3.

Возрастно-половое распределение впервые госпитализированных больных шизофренией (абсолютные значения и среднегодовая заболеваемость на 100 000 населения)

Возраст	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	Заболеваемость	абс.	Заболеваемость	абс.	Заболеваемость
до 15 лет	49	7,7	21	3,5	70	5,6
15-19	155	29,0	71	13,7	226	21,4
20-24	170	52,6	85	24,8	255	38,3
25-29	120	20,0	73	12,6	193	16,4
30-34	58	10,0	65	10,8	123	10,4
35-39	40	8,0	44	8,5	84	8,2
40-44	21	4,8	26	5,5	47	5,2
45-49	13	3,3	25	5,5	38	4,5
50-54	12	3,2	18	3,9	30	3,6
55-59	10	2,6	10	1,9	20	2,2
60-64	4	1,3	2	0,4	6	0,7
Итого	652	12,8	440	7,9	1092	10,2

Для наглядности покажем возрастно-половое распределение заболеваемости среди больных шизофренией на гистограмме:



Характер распределения по возрасту начала заболевания при шизофрении, в целом, оказался подобен таковому в группе шизофрении и других психозов. Однако имеются несомненные различия: в возрасте до 24 лет соотношение мужчин и женщин еще более контрастное и, наоборот, после 30 лет заболеваемость оказывается почти идентичной, хотя и наблюдается небольшое преобладание женщин.

Обратим особое внимание на то, что и здесь какого-либо роста заболеваемости у женщин старше 45 лет не происходило: с 25-летнего возраста наблюдалось постепенное неуклонное падение заболеваемости. Таким образом, выравнивание показателей заболеваемости у мужчин и женщин происходило исключительно за счет ее более резкого падения у мужчин в возрасте 25 лет и старше.

Отметим также, что характер сокращения заболеваемости и у мужчин, и у женщин подчинялся экспоненциальному распределению, которое наблюдается, когда доля, на которую сокращается число заболевших в последующей возрастной группу остается неизменной.

Обсуждение. Прежде всего, следует отметить, что в наше исследование не вошли многочисленные случаи шизофрении, диагностированной в периоды времени после первой госпитализации в психиатрический стационар – в психоневрологических диспансерах или при повторных госпитализациях в психиатрические больницы. Поэтому выявленные нами показатели заболеваемости оказались примерно втрое ниже, чем показатели заболеваемости для пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом шизофрении, поступавших в психиатрические стационары Санкт-Петербурга [3, 9].

Кроме того, нами был использован не вполне корректный способ для выявления среднегодовой заболеваемости: при ее оценке мы отталкивались от данных переписи населения 2010 года, в то время как численность населения и его возрастно-половой состав на протяжении 2003-2017 годов не мог не меняться. Однако следует иметь в виду, что статистические данные о населении в периоды времени между переписями носят исключительно оценочный характер и при последующих переписях зачастую оказываются не верными. Таким образом, полученные нами данные о заболеваемости среди разных возрастно-половых групп не могут претендовать на абсолютную точность.

Более точные, выверенные сведения можно было бы получить, располагая ресурсами Медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ), куда многочисленные психиатрические учреждения безвозвратно высылают учетные формы № 066-1-у-02.

Тем не менее, полученные нами данные являются не менее репрезентативными, чем публикуемые в подавляющем большинстве психиатрических исследований. И они не подтвердили наличия у женщин второго возрастного пика заболеваемости шизофренией в возрасте 45-54 лет – ни при рассмотрении абсолютных значений (число поступивших больных), ни при изучении относительных показателей (заболеваемость в группах населения на 100 тыс. человек).

Более того, не было выявлено такого пика и в более широкой, диагностически разнородной группе, в которую помимо шизофрении были включены все психические расстройства из раздела F20-F29 V класса МКБ-10 (Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства), а также аффективно-бредовые психозы с неконгруэнтным аффекту бредом.

Обратим внимание на то, что после получения нами первичных результатов, мы отказались от идеи их статистической обработки для определения достоверности различий между теми или иными подгруппами. Такая обработка имела бы смысл только в случае выявления роста заболеваемости у женщин 45-54 лет или в ином возрастном периоде, соответствующем времени наступления перименопаузы, менопаузы или постменопаузы. Однако этого всплеска заболеваемости не было и, соответственно, сама собой отпала необходимость доказывать его статистическую достоверность. Подтверждать же достоверность других выявленных различий мы не стали, поскольку это имело бы лишь косвенное отношение к заявленной цели нашего исследования.

Поскольку полученные нами результаты пришли в противоречие с большим числом публикаций, в которых авторы, как на несомненный факт, ссылаются на существование второго возрастного пика заболеваемости шизофренией у женщин, мы решили выяснить происхождение этой информации.

Изучение целого ряда полнотекстовых публикаций, лишь часть которых вошла в приведенный нами список литературы [1, 5, 7, 11, 15, 16, 21-30, 33-38, 43, 49, 52, 57-58, 60], показало, что путем прямых или вторичных ссылок их авторы ссылаются на одно-единственное, упоминавшееся во вступлении, исследование Häfner [28], проведенное в 1993 году группой исследователей из Центрального института психиатрии в Мангейме (Германия) и впоследствии цитируемое ими в целом ряде публикаций [26-28, 30 и др.].

Причем, постулируемый авторами «второй пик заболеваемости у женщин» был выявлен при изучении группы впервые госпитализированных пациентов, в которую вошли всего 117 мужчин и 131 (!) женщина. Обратим особое внимание на тот факт, что исследователями даже не предприняли

попытки соотнести выявленные ими абсолютные показатели числа госпитализированных из разных по полу и возрасту подгрупп с возрастно-половым составом населения. Важно также отметить, что среди этих пациентов были не только страдающие шизофренией, диагностированной по МКБ-9 (код 295), но также больные с параноидными состояниями (код 297), острыми параноидными реакциями (код 298.3) и психогенными параноидными психозами (код 298.4).

Продолжив наши литературные изыскания, мы обнаружили, что к тому времени, когда был найден «второй пик заболеваемости», уже существовало большое множество эпидемиологических исследований, посвященных возрастно-половым различиям при шизофрении, в которых ничего подобного не выявлялось [12, 46]. В последующие годы появлялись все новые и новые работы, в том числе национальные исследования, включающие десятки тысяч наблюдений, и систематические обзоры, в которых также не выявлялось роста заболеваемости шизофренией у женщин после 45 лет [17-20, 38, 45, 50, 59, 61]. Это, однако, не останавливало авторов исследования 1993 года от все новых публикаций, содержащих изложение полученных тогда результатов [31, 32] и выводов о том, что эстроген является возможным защитным фактором при шизофрении.

В заключение, по результатам нашего исследования и анализа литературных данных, сначала сделаем категорические выводы. Первый вывод заключается в том, у женщин отсутствует рост заболеваемости шизофренией в периоды климактерия, в частности – между 45 и 54 годами. Второй наш вывод – идеологи и адепты доказательной медицины абсолютно правы в своей критике несистематизированных литературных обзоров, в которых результаты единичных небольших исследований приводятся в качестве неопровержимых доказательств той или иной точки зрения.

И, наконец, подчеркнем, что проведенное нами исследование не претендует на то, чтобы подтвердить или опровергнуть концепцию эстрогенной защиты от шизофрении. Оно лишь опровергает один из тиражируемых мифов, лежащих в ее основе. Вполне возможно, что высокий уровень эстрогенов в какой-то мере способствует смягчению психопатологических симптомов у женщин, а происходящее в инволюционном периоде снижение их уровня – возникновению определённых заболеваний, включая болезнь Альцгеймера и ряд психотических расстройств, не имеющих, впрочем, никакого отношения к шизофрении.

Результаты проведённого исследования вновь актуализируют необходимость возврата психиатрических классификаций к нозографическим принципам их построения и детальной клинико-патогенетической дифференциации тех совершенно разных форм психических заболеваний, которые сегодня объединены в весьма обширную, гетерогенную группу шизофрений. Работу в данном направлении мы считаем единственно возможной перспективой обеспечить плодотворность дальнейших научных исследований в области эндогенных психозов.

Список литературы:

1. Березанцев А.Ю. Нейробиологические и психосоциальные аспекты гендерных различий в клинических проявлениях и течении шизофрении. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2017;9(4):77–81.
2. Гаврилова С.И. Современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрии. Социальная и клиническая психиатрия. 2006;16(3):5-12.
3. Казаковцев Б.А., Демчева Н.К., Николаева Т.А. с соавт. Состояние психиатрических служб и распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2013–2015 годах Психическое здоровье. 2016; 7: 3-22.
4. Концевой В.А. Шизофрения в позднем возрасте. Психиатрия. Под ред. А.С. Тиганова. М. 2012;1:549-555.
5. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. Институт психологии РАН, 2015. – 389с.
6. Леонгард К. Систематика эндогенных психозов и их дифференцированная этиология / пер. с нем. Под ред. А.С. Тиганова.- М.: Практическая медицина, 2010.- 456 с.
7. Лепилкина Т.А. Особенности когнитивного функционирования мужчин и женщин, страдающих шизофренией: диссертация... кандидата психологических наук: 2016.
8. Ротштейн В.Г. Поздняя шизофрения (клинико-эпидемиологическое исследование) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015;115(11): 34-42.
9. Тааме М.Н., Андреев Б.В., Колосовская Е.Н. с соавт. Изучение особенностей распространенности шизофрении в условиях Санкт-Петербурга. Terra medica nova. 2009; 3: 43-46.
10. Штернберг Э.Я. Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте. М. 1981. – 192 с.
11. Янковская А. Г. Гормональные нарушения гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси у женщин с шизофренией (обзор литературы). Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2015; 4: 5-9.
12. Angermeyer MC, Kiihn L. Gender differences in age at onset of schizophrenia. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci. 1988; 237(6): 351-64.
13. Bleuler E. Руководство по психиатрии: Пер. с нем. – Берлин: Изд-во «Врачъ», 1920. – 542 с.

14. Bleuler M. Die spatschizophrenen Krankheitsbilder. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. 1943;15:259-290.
15. Canuso CM, Pandina G. Gender and schizophrenia. Psychopharmacol Bull. 2007; 40(4): 178-90.
16. Castle DJ, Abel K, Takei N, Murray RM. Gender differences in schizophrenia: hormonal effect or subtypes? Schizophr Bull. 1995; 21(1):1-12.
17. Castle D, Sham P, Murray R.. Differences in distribution of ages of onset in males and females with schizophrenia. Schizophrenia Research. 1998; 33(3): 179-183.
18. Castle D.J., Wessely S., Murray R.M. Sex and schizophrenia: Effects of diagnostic stringency, and associations with premorbid variables. Br J Psychiatry 1993. 162: 658-664.
19. Castro LD, Hoffman KL, Nieto-Garcнa ML, et al. Gender Differences within the Psychosis Spectrum. Neuropsychiatry (London). 2018; 8(4): 1186-95.
20. Eranti SV, MacCabe JH, Bundy H, Murray RM. Gender difference in age at onset of schizophrenia: a meta-analysis. Psychol Med. 2013;43(1):155-67.
21. Gogos A, Sbisa AM, Sun J, et al. A Role for Estrogen in Schizophrenia: Clinical and Preclinical Findings. Int J Endocrinol. 2015; 2015:615356.
22. Goldstein J.M. Gender differences in the course of schizophrenia. Am J Psychiatry 1988. 145: 684-689.
23. Goldstein J.M. et al. Are schizophrenic men at higher risk for developmental deficits than schizophrenic women? Implications for adult neuropsychological functions. Journal of Psychiatric Research, 1994. 28: 483-498.
24. Gur R.E., Petty R.G., Turetsky B.I., Gur R.C. Schizophrenia throughout life: sex differences in severity and profile of symptoms. Schizophr Res 1996. 21: 1.
25. Li R, Ma X, Wang G, et al. Why sex differences in schizophrenia? J Transl Neurosci (Beijing). 2016;1(1): 37-42.
26. Jones PB. Adult mental health disorders and their age at onset. Br J Psychiatry. 2013;54(Suppl): S5–S10.
27. Hayes E, Gavrilidis E, Kulkarni J. The role of oestrogen and other hormones in the pathophysiology and treatment of schizophrenia. Schizophr Res Treatment. 2012;2012 :540273.
28. Häfner H, Riecher-Rössler A, An Der Heiden W, et al. Generating and testing a causal explanation of the gender difference in age at first onset of schizophrenia. Psychol Med. 1993;23(4): 925-40.
29. Häfner H, Maurer K, Loffler W, et al. The epidemiology of early schizophrenia. Influence of age and gender on onset and early course. Br J Psychiatry 1994; 164 (suppl 23): 29-38.
30. Häfner H. Gender differences in schizophrenia. Psychoneuroendocrinology. Psychoneuroendocrinology. 2003;28 Suppl 2: 17-54.
31. Häfner H, Ehrenreich H, Gattaz WF, et al. Oestrogen – a protective factor in schizophrenia? Curr Psychiatry Rev. 2006; 2: 339-52.
32. Häfner H. What is schizophrenia? 25 years of research into schizophrenia – the Age Beginning Course Study. World J Psychiatry. 2015 22;5(2):167-9.
33. Halari R, Kumari V, Mehrotra R, et al. The relationship of sex hormones and cortisol with cognitive functioning in Schizophrenia. J Psychopharmacol. 2004; 18(3): 366-74.
34. Hambrecht M, Maurer K, Häfner H, Sartorius N. Transnational stability of gender differences in schizophrenia? An analysis based on the WHO study on determinants of outcome of severe mental disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1992; 242(1):6-12.
35. Jones P, Rantakallio P, Hartikainen A-L, Isohanni M, Sipilд P. Schizophrenia as a long-term outcome of pregnancy, delivery and perinatal complications: a 28 year follow-up of the 1966 North Finland General Population Birth Cohort. Am J Psychiatry 1998. 155: 355-364.
36. Kendell R.E., Malcolm D.E., Adams W. The problem of detecting changes in the incidence of schizophrenia. Br J Psychiatry 1993. 162: 212-218.
37. Kendler K.S., Walsh D. Gender and schizophrenia results of an epidemiologically-based family study. Br J Psychiatry 1995. 167: 184-192.
38. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. Arch Gen Psychiatry 2006; 63: 250-8.
39. Leboyer M., Filteau M.J., Jay M. et al. No gender effect on age at onset in familial schizophrenia? Am J Psychiatry 1992; 149: 1409.
40. Leung A., Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2000. 101(401), 3-38.
41. Lewine R.R.J., Burbach D., Meltzer H.Y. Effect of diagnostic criteria on the ratio of male to female schizophrenic patients. Am J Psychiat 141: 84-87.
42. Lewis S. Sex and schizophrenia: vive la difference. Br J Psychiatry 1992. 161: 445-450.
43. Lindamer LA, Lohr JB, Harris MJ, Jeste DV. Gender, estrogen, and schizophrenia. Psychopharmacol Bull. 1997;33(2): 221-8.
44. Lindamer LA, Lohr JB, Harris MJ, McAdams LA, Jeste DV. Gender-related clinical differences in older patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 1999; 60: 61-7.
45. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, et al. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. BMC Med. 2004 28; 2: 13.
46. Munk-Jørgensen P. First-admission rates and marital status of schizophrenics. Acta Psychiatr Scand. 1987 Aug;76(2):210-6.
47. Navarro F., van Os J.,, Jones P., Murray R. Explaining sex differences in course and outcome in the functional psychoses. Schizophr Res 1996. 21: 161-70.
48. Nowrouzi B, Kamhi R, Hu J, et al. Age at onset mixture analysis and systematic comparison in schizophrenia spectrum disorders: Is the onset heterogeneity dependent on heterogeneous diagnosis? Schizophr Res. 2015; 164(1–3): 83–91.
49. Ochoa S, Usall J, Cobo J, et al. Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: a comprehensive literature review. Schizophr Res Treatment. 2012; 2012:916198.
50. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. JAMA Psychiatry. 2014;71(5):573-81.
51. Räsänen S. Gender differences in schizophrenia. Observations from Northern Finland. Oulu, Finland, 2000.
52. Riecher-Rössler A, Häfner H, Stumbaum M, et al. Can estradiol modulate schizophrenic symptomatology? Schizophr Bull. 1994; 20(1):203-14.
53. Riecher-Rössler A., Hafner H. Schizophrenia and oestrogens – is there an association? European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 1993. 242, 6, 323–328.

54. Riecher-Rössler A, Kulkarni J. Estrogens and gonadal function in schizophrenia and related psychoses. Curr Top Behav Neurosci. 2011; 8:155-71.

55. Salokangas R. Prognostic implications of the sex of schizophrenic patients. Br J Psychiatry 1983. 142:145-151.

56. Salokangas R.K. First contact rate for schizophrenia in community psychiatric care. Consideration of the oestrogen hypothesis. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1993. 242:337-346.

57. Seeman M.V. Current outcome in schizophrenia: women vs. men. Acta Psychiatr Scand 1983. 73: 609-617.

58. Seeman MV. Estrogen, schizophrenia and neurodevelopment. Women's Health (Lond Eng). 2006; 2:571-576.

59. Sham PC, MacLean CJ, Kendler KS. A typological model of schizophrenia based on age at onset, sex and familial morbidity. Acta Psychiatr Scand. 1994 Feb; 89(2): 135-41.

60. Sönmez Э, Köşger F. Menstrual Cycle in Schizophrenic Patients: Review with a Case. Noro Psikiyatr Ars. 2015;52(4):417-419.

61. Takahashi S1, Matsuura M, Tanabe E, et al. Age at onset of schizophrenia: gender differences and influence of temporal socioeconomic change. Psychiatr y Clin Neurosci. 2000; 54(2): 153-6.

62. Thara R., Henrietta M., Joseph A. et al. Ten year course of schizophrenia: the Madras longitudinal study. Acta Psychiatr Scand 1994; 90:329-36.

63. Venkatesh B.K., Thirthalli J., Naveen M.N. et al. Sex difference in age of onset of schizophrenia: findings from a community-based study in India. World Psychiatry 2008:7:173-176.

Егоров А.Ю.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПОЗДНЕГО АЛКОГОЛИЗМА

Лаборатория нейрофизиологии и патологии поведения
Института эволюционной физиологии и биохимии им. И.И. Сеченова,
Санкт-Петербургский государственный университет,
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

В последние десятилетия проблема алкоголизма позднего возраста обусловлена прежде всего демографическим сдвигом – увеличением в популяции лиц пожилого возраста. Для РФ эта проблема весьма актуальна, так как пожилые люди старше 60 лет – самая быстро растущая группа населения России (Школьников и др., 1995). Тем не менее употребление психоактивных веществ (ПАВ) и алкоголя, в частности, пожилыми людьми остаются наименее изученным вопросом, что, по мнению американских авторов (Наркология, 1998), связано с двумя причинами:

1) По крайней мере, 80% пожилых людей страдают хотя бы одним хроническим заболеванием (в два раза чаще, чем люди до 65 лет), а обычный пожилой человек имеет три заболевания, для лечения которых ему выписывается в среднем 8 лекарственных препаратов. Составляя всего 12% населения США, пожилые люди потребляют 30% всех выписываемых врачами лекарств и 70% лекарств, отпускаемых без рецепта.

2) Процесс старения сопровождается личностными изменениями, вследствие которых люди в возрасте 65 лет и старше становятся особенно склонны к неправильному употреблению лекарств. Кроме того, в пожилом возрасте действие на организм ПАВ оказывается более сильным и сложным вследствие старения организма, наличия в нем скрытой патологии, а также по причине приема нескольких лекарственных средств. Поэтому по оценкам специалистов, в США 15% из 25 млн пожилых людей страдают пристрастием к употреблению лекарственных веществ.

В отечественной литературе проблеме алкоголизма в позднем возрасте также уделяется значительно меньше внимания, чем, например, раннему или женскому алкоголизму (Альтшулер., 2010). С одной стороны, известно, что, согласно популяционным исследованиям, в пожилом возрасте количество потребляемого алкоголя наименьшее из всех совершеннолетних возрастных групп (Tivis, Brandt, 2000). С другой стороны, еще по данным отечественных исследований 70-х гг прошлого века, среди госпитализированных по поводу алкоголизма в психиатрические больницы лица старше 60 лет составили 5,4-10% (Пятов, Шумский, 1983). По данным ННЦ наркологии, если на возрастную группу 40-59 лет приходится пик синдрома зависимости от алкоголя, то в группе 60 лет и старше численность лиц с зависимостью от алкоголя уже в 6 раз ниже, хотя по абсолютному значению превосходит показатели распространенности других наркологических расстройств. Те же закономерности наблюдаются в отношении употребления алкоголя с вредными последствиями (Косарева, 2005).

Алкоголь – это самое распространенное ПАВ, употребляемое пожилыми людьми (Наркология, 1998). В Великобритании систематическое злоупотребление алкоголем в пожилом возрасте установлено в 7,5% наблюдений, проведенных среди пациентов соматических отделений (Douglass, 1988). Американские исследователи, оценивая число пожилых лиц, зависимых от алкоголя, приводят цифры от 2 до 20% (См. Бохан и др., 2013). Особо отмечается рост женского алкоголизма: за 10 лет, по сравнению с 1991 годом, число женщин с алкогольной зависимостью в средней и старшей возрастных группах удвоилось (Holdcraft, Iacono, 2002). Немецкое исследование, основанное на данных отдела психиатрии больницs Университета Любека в период с 1990 по 1998 год, показало, что уровень алкоголизма (по критериям МКБ-10) составляет 7% для мужчин и 4,2% для женщин старше 64 лет (Wetterling et al., 2002).

Согласно отечественным данным, распространенность позднего алкоголизма, на примере Челябинской области, растет, несмотря на общее снижение числа больных всех возрастных групп. Так с 2003 по 2012 гг. на фоне снижения на 12,9% показателя общего числа больных, страдающих алкоголизмом, наблюдается достоверное увеличение на 56,7% числа лиц позднего возраста с данной патологией (Мингазов, 2013). При этом сравнительный анализ распространенности госпита-

лизированных мужчин и женщин позднего возраста с алкогольной зависимостью показал, что в 2006 г. соотношение мужчин и женщин было равным 7,7:1, а к 2012 г. это соотношение изменилось до 5,3:1, что свидетельствует о более высоком росте позднего женского алкоголизма (Кривулин, Мингазов, 2012).

В поздней возрастной группе встречаются два типа алкоголиков: одни начали пить еще в молодости, другие – в старости; во втором случае, как правило, к алкоголю прибегают в связи с реакцией на социальный или какой-либо иной стресс (Zimberg, 1979; 1983). Второй тип собственно и является алкоголизмом позднего возраста. По австралийским данным, лица с алкоголизмом позднего возраста составляют ⅓ среди всех алкоголиков старше 65 лет (Ticehurst, 1990).

Такое разделение оказалось оправданным. Как показали недавнее немецкое исследование, эти группы отличаются друг от друга не только по возрасту начала потребления этанола (Wetterling et al., 2003). Всего было обследовано 268 человек, госпитализированных для проведения детоксикации, которые были разделены на три группы: 1) с началом злоупотребления алкоголя до 25 лет (51 человек – 19%); 2) от 25 до 45 лет (172 человека – 64,2%); 3) после 45 лет (45 человек – 16,8%). Критериям хронического алкоголизма по МКБ-10 в первой группе соответствовали 94,1%, в то время как в третьей (позднее начало злоупотребления) – только 62,2%. В третьей группе, по сравнению с первой, достоверно слабее были следующие характеристики: вовлеченность в алкоголизацию, потеря контроля за приемом алкоголя, тяга к спиртному. Реже встречалась и коморбидная психиатрическая патология. Кроме того, у лиц с поздним началом злоупотребления было достоверно меньше детоксикаций в анамнезе, а также редкие и менее продолжительные запои. Ремиссии, наоборот, были более продолжительные. Авторы делают вывод, что в целом злоупотребление алкоголем в позднем возрасте, приводит к менее выраженным последствиям, чем, если оно начинается до 25 лет.

О более благоприятном течении алкоголизма с поздним началом имеется много публикаций (см. Liberto et al., 1992). Американские авторы, проведя десятилетнее лонгитюдинальное исследование на выборке 1291 человек пожилого возраста, имевших алкогольную зависимость, обнаружили, что снижение кратности и количества потребления алкоголя, продолжительность ремиссий положительно коррелировали с утяжелением соматических симптомов. Вместе с тем, стрессовые ситуации приводили к усилению потребления алкоголя (Moos et al., 2004). Другие лонгитюдинальные исследования также в целом показали, что пожилой возраст предполагает меньшее потребление алкоголя, более ранний отказ от его приема и меньшее число проблем (Glynn et al., 1985; Karlamangla et al., 2006; Levenson et al., 1998; Moore et al., 2005). Нидерландские исследователи подчеркивают, что у пожилых пациентов, страдающих алкоголизмом, были существенные физические, умственные и социальные проблемы, которые в значительной степени не зависели от возраста возникновения алкогольной зависимости. Пациенты с ранней стадией алкогольной зависимости имели более хронические медицинские проблемы и более суицидальные мысли, чем пациенты с поздней стадией алкогольной зависимости (van den Berg et al, 2014). В другом исследовании у алкоголиков с поздним началом отмечалось меньшая импульсивность поступков, агрессивность и стремление к поиску новых ощущений, по сравнению с пациентами, чей алкоголизм начался в первой половине жизни (Dom et al., 2005).

Р. Финлейсон (Finlayson, 1998) отмечает, что в значительной степени на клинику и течение алкоголизма позднего возраста оказывают влияние факторы, связанные со старением, прежде всего соматическое неблагополучие. В целом лица, у которых алкоголизм развивается в позднем возрасте, реже имеют семейные/генетические предпосылки для развития этого недуга, так как при наличии таких факторов риска алкоголизм проявляется ранее. Кроме того, пожилые люди, страдающие алкоголизмом, чаще принадлежат к более высокому социально-экономическому слою общества, чем те, у кого симптомы алкоголизма проявляются в более молодые годы.

Вместе с тем имеются работы, сообщающие о стабильном или даже усилении потребления алкоголя у лиц пожилого возраста (Gordon and Kannel, 1983; Stall, 1986; Temple and Leino, 1989). Э.А. Бабаян и М.Х. Гонопольский (1987) утверждают, что в пожилом возрасте стадии алкоголизма формируются быстро. За 3-4 года формируется похмельный синдром, понижается толерантность,

изменяется личность. К этому времени анамнез больного отягощен рядом соматических заболеваний. У пожилых людей чаще встречаются судорожные припадки, психозы. Течение алкоголизма всегда более злокачественное, с быстрым темпом развития и неблагоприятным прогнозом. Согласно наблюдениям И.Г. Уракова и В.В. Куликова (1973), у лиц, начинающих злоупотреблять спиртным после 50-ти лет, формирование «осевых симптомов» алкоголизма ускорено.

В.Б. Альтшулер (1999) соглашается, что в пожилом возрасте алкоголизм развивается на фоне разнообразной соматической отягощенности, что приводит к утяжелению симптоматики постинтоксикационных и абстинентных расстройств, появлению органической окраски клинической картины и быстрому развитию алкогольной психической деградации. Прекращение профессиональной деятельности, потеря друзей и близких, одиночество пожилого человека также неблагоприятно сказываются на прогнозе заболевания. Вместе с тем, по мнению автора, патологическое влечение к алкоголю в пожилом возрасте у многих больных характеризуется сравнительно небольшой интенсивностью. В этих условиях играют сдерживающую роль опасения за здоровье, тягостные состояния похмелья, снижение толерантности к алкоголю. Они становятся мотивами, успешно конкурирующими с патологическим влечением к алкоголю. В результате формирование алкоголизма и его дальнейшее течение отличается медленными темпами. Таким образом, заключает автор, «одни и те же обстоятельства обуславливают весьма разные варианты течения алкоголизма в пожилом возрасте» (Альтшулер, 1999, с. 283]. Благоприятное течение заболевания отмечается у преморбидно-стеничных лиц при малой наследственной отягощенности.

Авторитетный американский исследователь болезней зависимости М. Шакит (Schukit, 2000) считает, что течение алкоголизма у пожилых пациентов в принципе сходно с таковым в молодом возрасте, хотя имеются важные исключения: 1) Возможно, что у ⅓-½ мужчин и женщин, которые являются зависимыми от алкоголя в возрасте 50-60 лет, не отмечается прогредиентного усиления зависимости после 40 лет. 2) Вероятно, что пожилые люди с алкоголизмом менее зависимы от влияния родственников-алкоголиков, чем лица молодого возраста, страдающие алкоголизмом. 3) У пожилых людей чаще отмечаются соматические проблемы, вызванные алкоголизмом, и реже – проблемы с полицией, работой и случаи насилия, чем среди молодых алкоголиков.

Практически все авторы подчеркивают, что в значительной степени на клинику и течение алкоголизма позднего возраста оказывают существенное влияние факторы, связанные со старением, и, прежде всего – соматическое неблагополучие. В целом, лица с поздним алкоголизмом реже имеют семейные/генетические предпосылки для развития этого недуга, так как при наличие таких факторов риска алкоголизм проявляется ранее. Кроме того, пожилые, страдающие алкоголизмом, чаще принадлежат к более высокому социально-экономическому слою общества, чем те, у кого симптомы алкоголизма проявляются в более молодые годы (Наркология, 1998). У пожилых алкоголиков чаще отмечаются органическое поражение головного мозга (Finlayson et al., 1988).

По мнению А.В. Надеждина (2002), в связи со снижением уровня жизни к неблагоприятным соматическим факторам, свойственных пожилому возрасту, может присоединиться и алиментарная недостаточность, которая приводит к более токсическому поражению ЦНС при алкоголизме. В связи с этим, в последние годы чаще отмечается факты «галопирующего» течения алкоголизма у стариков. Нарастающая цереброваскулярная недостаточность в сочетании с токсическим действие алкоголя и алиментарной недостаточностью приводят к быстрому формированию корсаковского синдрома разной степени выраженности, характеризующего исход хронического алкоголизма. Действительно, постепенное формирование психического и физического маразма, аналогичное таковому у больных со старческим слабоумием является одним из исходов позднего алкоголизма. Это состояние было описано французским психиатром XIX века Форелем термином *dementia alcoholico-senilis*.

М.Г. Пятов и Н.Г. Шумский (1983) отмечают, что в отдельных наблюдениях ускоренного развития алкоголизма во второй половине жизни речь идет о вторичном, или симптоматическом, алкоголизме. У лиц 45-60 лет это чаще всего наблюдается при неглубоких затяжных депрессиях и исподволь развивающемся шизофреническом процессе. В более позднем возрасте развитие алкоголизма может быть также обусловлено мягким атрофическим процессом с затянувшимся

психопатоподобным дебютом, поэтому алкоголизм, резвившийся во второй половине жизни, особенно тяжел и требует выявления основного заболевания.

Говоря о психоневрологической коморбидности позднего алкоголизма нельзя не упомянуть аффективные расстройства. Показано, что старческая депрессия, при которой алкоголь выступает средством самолечения, становится причиной злоупотребления алкоголем у пожилых лиц в 15% всех случаев злоупотребления (Adams et al., 1996). В некоторых работах приводятся еще более высокие цифры коморбидности позднего алкоголизма и депрессии – до 36% (см. Pierucci-Lagha, 2003). Это связано с тем, что основным типом аддиктивного поведения, ассоциированного с поздними депрессиями, является алкогольная зависимость (Kessler et al., 1994). Женщины с алкогольными проблемами чаще, чем мужчины имеют двойной диагноз: панические и фобические расстройства, расстройства пищевого поведения, посттравматическое стрессовое расстройство, а также, эпизоды сексуального насилия в детстве и виктимизацию (Becker, Walton-Moss, 2001).

Среди клинических особенностей алкоголизма в позднем возрасте В.Б. Альтшулер (2010) отмечает дисфорические и эксплозивные состояния в опьянении, обилие диэнцефальных расстройств в структуре абстинентного синдрома, аффективные нарушения – тревожно-депрессивные проявления, эмоциональная лабильность, слезливость, ипохондричность, мнестические расстройства при отсутствии явных признаков нравственно-этического снижения.

В развернутой – II-й стадии болезни – возникают продолжительные запои с литическим окончанием или больной постоянно потребляет небольшие дозы алкоголя. Характерны амнезии и палимпсесты опьянения. Абстинентный синдром пролонгирован во времени с явлениями тревожно-депрессивного аффекта и ипохондрическими переживаниями (Ураков, Куликов, 1973). Похмельный синдром затягивается на 5-7 дней, после которого больные могут пить ежедневно в незначительных дозах. При ежедневном пьянстве толерантность снижена больше. Нередко, когда проходят симптомы опьянения, эти лица испытывают отвращение к алкоголю. Алкогольные эксцессы усиливают проявления как различных сопутствующих алкоголизму соматических заболеваний, которые в позднем возрасте наблюдаются у большинства больных, так и тех заболеваний, которые с ним непосредственно не связаны.

Еще в 1981 Р. Клонингер (Cloninger, 1981) на основании анализа 862 историй болезни шведских алкоголиков выделил два варианта алкоголизма: 1-й тип с ранним (“early-onset”) и 2-й тип с поздним (“late-onset”) началом, причем первый характеризовался выраженной наследственной отягощенностью, а второй был более связан со стрессовыми событиями. Позже Т. Бабор с коллегами (Babor et al., 1992) на основании всестороннего анализа 321 случая также предложили классифицировать алкоголизм по 2 типам: А и Б. К типу А они отнесли пациентов, у которых отмечалось позднее формирование болезни, менее выраженная зависимость, меньше травматических событий в детском возрасте, меньше проблем, связанных с приемом алкоголя, а также меньше коморбидной психопатологии. Иными словами, поздний возраст начала болезни предполагает меньший вклад в ее развитие биологических факторов риска, в то время как социально-психологические факторы приобретают большее значение.

Американские исследователи изучали, как персональные факторы риска (степень самореализации в предыдущей жизни, принадлежность к мужскому полу, отсутствие супружеского партнера, раннее начало алкогольных проблем и копинг-стратегия избегания) наряду с внешними факторами риска (негативные жизненные события, хронические стрессы, влияние пьющих друзей) влияют на течение алкоголизма в пожилом возраста. Оказалось, что усугубляют алкоголизацию в пожилом возрасте такие персональные факторы как недостаточная самореализация, принадлежность к мужскому полу и копинг-стратегия избегания, а из внешних факторов – негативные жизненные события, стрессы, связанные с супружескими отношениями и здоровьем, и влияние пьющих друзей (Brennan et al., 1994). Сходные результаты были получены в итальянском исследовании: оказалось, что принадлежность к мужскому полу, разочарование в своих доходах, а также сниженные когнитивных функций связаны с возникновением алкогольных проблем в пожилом возрасте (Geroldi et al., 1994).

Исследовались также особенности влияния стрессовых факторов на поздний алкоголизм в гендерном аспекте. Все алкоголики пожилого возраста сообщали о более частых негативных жизненных событиях, хронических стрессах и дефиците социального общения, чем это делали умеренно выпивающие пожилые люди. При этом мужчины-алкоголики упор делали на существующие стрессы, связанные с финансами и друзьями, а также недостаточную помощь со стороны детей и других родственников. В отличие от мужчин, женщины обращали большее внимание на негативные жизненные события, существующие трудности с мужьями и недостаточную помощь с их стороны (Brennan, Moos, 1990).

В более поздней работе те же авторы обращали внимание на различные личностные характеристики и жизненные события, отмечавшиеся у женщин и мужчин с поздним алкоголизмом. Проанализировав результаты интервью со 183 женщинами и 476 мужчинами, авторы пришли к выводу, что в позднем возрасте женщины, по сравнению с мужчинами, сталкиваются с меньшим количеством проблем, связанных с алкоголизацией. Они чаще параллельно с алкоголем употребляют ПАВ, у них более выражены депрессивные переживания, и они реже обращаются за квалифицированной медицинской помощью. Из стрессоров у женщин на первом месте стоят проблемы в семье, а у мужчин – финансовые проблемы. Вместе с тем, именно женщины сообщили о большей поддержке со стороны детей, более дальних родственников и друзей, чем это отмечалось у мужчин (Brennan et al., 1993).

Из факторов способствующие формированию позднего алкоголизма А.Х. Мингазов (2013) выделяет у мужчин правонарушения и судебно-следственные разбирательства, безделье, недостаточную самореализацию, семейные конфликты и разводы, а у женщин – чувство одиночества, хронические стрессы, связанные со смертью близких, здоровьем, с супружескими отношениями, ситуациями эмоциональной утраты, а также влияние пьющего окружения (мужей, сожителей).

Гендерные особенности позднего алкоголизма стали изучаться в последние десятилетия XX века. Женщины в позднем возрасте сталкиваются с новыми наборами проблемами, такими как менопауза, выход на пенсию, «пустое гнездо» (“empty nest”), ограниченная мобильность и соматические заболевания (Epstein et al., 2007). Идея «пустого гнезда» перекликается с мнением Катценбаум (Katzenbaum, 1995), который использует термин «перегрузка утратами», для описания ситуаций, с которыми сталкиваются пожилые люди – снижение контакта с окружающей средой и полным исчезновением интересов. Пожилые сталкиваются с непропорционально большим количеством потерь, чем лица в любой другой возрастной группе (*Цит.* по Бохан и др., 2013).

В американской литературе доминировало мнение, что пожилые женщины чаще злоупотребляют алкоголем, чем молодые (Наркология, 1998). Тогда же было показано, что в формировании позднего женского алкоголизма играют роль негативные жизненные события, существующие трудности с мужьями и недостаточная помощь с их стороны (Brennan, Moos, 1990). Те же авторы продемонстрировала, что женщины чаще параллельно с алкоголем употребляют ПАВ, у них более выражены депрессивные переживания, и они реже обращаются за квалифицированной медицинской помощью (Brennan et al., 1993). Е. Гомберг (Gomberg, 1995 показал, что пожилые мужчины чаще женаты, в то время как женщины чаще вдовствуют и злоупотребляют выписанными им психотропными средствами, возможно из-за сопутствующей депрессии.

И.В. Дамулин показал, что алкогольная полинейропатия наблюдается с примерно одинаковой частотой у мужчин и женщин с некоторым перевесом в сторону последних, тогда как алкогольная дегенерация мозжечка у мужчин встречается в 3,6 раза чаще, чем у женщин (*Цит.* по Бохан и др., 2013).

В среднем, пожилые мужчины снижали потребления алкоголя несколько позже, чем пожилые женщины (Brennan et al., 2011). Для позднего женского алкоголизма характерны постоянное пьянство на фоне низкой толерантности, высокая прогредиентность заболевания, депрессивное или истерическое опьянение с самоповреждениями и суицидальными попытками, амнезии опьянения. У женщин позднего возраста алкогольные психозы протекают тяжелее, чем у мужчин (Мингазов, 2013).

Собственные клинические наблюдения (Егоров, 2006) позволяют выделить ряд особенностей позднего алкоголизма у женщин, которые, на наш взгляд, в значительной степени связаны с демографической ситуацией в России. В 2000-е годы, когда проводилось исследование, согласно данным Госкомстата РФ средняя продолжительность жизни мужчин составляла около 59 лет, а женщин – около 73-х лет, т.е. на 14 лет больше[1]. Кроме того, существует еще и разница в возрасте вступления в брак – у мужчин он традиционно выше. Так по данным Госкомстата на конец XX столетия, средний возраст вступления в первый брак мужчины составил 24,4 года, а женщины – 22,2 года (Население России., 1999) Таким образом, на тот момент в России среднестатистическая женщина проживала в положении вдовы не менее 15 лет.

Нами изучались особенности алкоголизма у 16 женщин в возрасте от 43 до 76 лет, которые начали злоупотреблять алкоголем во второй половине жизни после (или на фоне) психотравмирующей ситуации. Во всех случаях психотравмой были длительная болезнь, закончившаяся смертью (7 человек), внезапная смерть мужа (постоянного сожителя) (5 человек), либо разрыв отношений (4 человека) с мужем (постоянным сожителем). Иными словами, во всех случаях причиной алкоголизма называлась ситуация эмоциональной утраты. Согласно критериям МКБ-10, у всех женщин алкоголизации достигала выраженности F10.1 – синдром зависимости, а у 12-ти отмечалось F10.3 – состояние отмены; Уровень алкоголизации по Э.Е. Бехтелю (1986) до психотравмы ретроспективно оценивался как случайный у 6 человек, умеренный – 6, систематический – 4 человека. Длительность злоупотребления алкоголем на момент обращения за помощью находилась в пределах от 1 до 8 лет (средняя продолжительность 3,3±1,2 года). Средняя продолжительность формирования синдрома зависимости составила 1,8±,1,1 года. Толерантность была в среднем 100-150 мл чистого этанола. Самооценка причин алкоголизации показала, что на первое место попали причины, связанные состоянием эмоциональной утраты – одиночество, депрессию, тревогу, бессонницу, а также плохое физическое самочувствие, которое может быть вызвано не только коморбидной соматической патологией, но и собственно реактивной депрессией. Социальные стрессоры (жилье, финансы, работа), о важности которых пишут западные исследователи, в обследованной группе среди причин алкоголизации играли менее важную роль.

У двоих вдов мужья ранее обращались за наркологической помощью по поводу алкоголизма, а еще у четверых уровень алкоголизации их мужей, никогда не обращавшихся к специалистам, ретроспективно позволял оценить его как синдром зависимости, т.е. алкоголизм. Именно в этих семьях отмечались случаи совместного употребления спиртных напитков. Эти факты лишь частично подтверждают данные австралийского психиатра А. Бланкфилда (Blankfield 11) утверждавшей, что у вдов алкоголиков их собственный алкоголизм развивался под влиянием мужа. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что особенности позднего женского алкоголизма в России позволяют говорить о «вдовьем алкоголизме», ведущим фактором возникновения которого является ощущение эмоциональной утраты, связанное с преждевременной смертью (уходом) супруга или сожителя.

После проведенной терапии, которая включала в себя психотерапию (у всех), психофармакотерапию (у всех) и сенсибилизурующую терапию (у 12-ти), нам удалось проследить одногодичные катамнезы у 11-ти из 16-ти обследованных женщин. Одна пациентка умерла от острого нарушения мозгового кровообращения после рецидива алкоголизации, наступившего через шесть месяцев лечения. Еще у троих отмечались неоднократные рецидивы алкоголизации продолжительностью 2-5 дней с последующим выходом в короткие (до 2-3 месяцев) ремиссии. У остальных семи отмечалась полное воздержание от употребления спиртного в течение года (Егоров, 2006).

Позже наши данные были полностью подтверждены в исследовании В.Х. Мингазова (2013). О важном значении ощущения одиночества как фактора риска женского алкоголизма во всех возрастных группах уже сообщалось ранее (Егоров, Шайдукова, 2004). В США, где продолжительность жизни мужчин и женщин достаточно высока и сопоставима по продолжительности, также имеет место усиление алкоголизации до проблемного уровня в позднем возрасте, что связывают с фактором одиночества, однако это касается и женщин, и мужчин (Moss, Lynch, 2001).

[1] В настоящее время эта разница несколько уменьшилась – у мужчин средняя продолжительность жизни составила 65,92, а у женщин 76,71 года (сайт о странах)

Терапия больных с поздним алкоголизмом имеет свои особенности и проблемы (Бохан и др., 2013; Blow, 2000). К ним относятся:

- стигматизация и как ее последствие – чувство стыда и вины, препятствующие обращению за помощью;
- отсутствие признания со стороны поставщиков медицинских услуг. В частности, пожилые пациенты и члены их семей часто приписывают симптомы алкоголизма процессу старения (напр., деменции);
- отсутствие мобильности и транспортные проблемы;
- попустительство родственников в отношении алкоголизации пожилых;
- скрытность;
- стереотипы в отношении возраста больных алкоголизмом – пожилые зачастую более аккуратны, что не соответствует представлениям об алкоголиках.

Все это приводит к тому, что абсолютное большинство пациентов с поздним алкоголизмом оказываются вне лечебной помощи. Как показало исследование, проведённое в Университете Джона Хопкинса, г. Балтомор врачи смогли выявить только 37% из группы пожилых алкоголиков, при этом начали получать лечение только 16,3% пациентов (Curtis et al., 1989). Д. Ослин (Oslin et al, 2002) показал, что только 1% пожилых людей, прошедших скрининг в качестве первичной помощи для пациентов с риском алкоголизма, получили специальное лечение.

Э. Эпштейн с коллегами (Epstein et al., 2007) предлагала варианты лечения, которые включают самопомощь или взаимной поддержку сверстников, краткие терапевтические вмешательства в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Уже эти действия продемонстрировали свою эффективность в снижении уровня потребления алкоголя. Когнитивно-поведенческие методы терапии (КПТ) являются полезными, но необходимы дополнительные исследования на больших выборках пациентов. В целом, все процедуры, связанные с людьми пожилого возраста должны быть адекватными с точки зрения содержания, где должны учитываться проблемы, связанные с жизненным этапом, такие как потеря родительской роли и вдовства. Важность представляют такие моменты как доставка пациентов в учреждение, уважительный терапевтический стиль и медленный темп проведения терапевтических сессий. Было показано, что у пожилых пациентов индивидуальная сфокусированная терапия оказалась эффективней групповой (Rice et al., 1993). Если групповая терапия проводится у лиц с поздним алкоголизмом, то группа должна состоять из пациентов одного возраста (Liberto et al., 1992).

Кроме КПТ для лечения больных с поздним алкоголизмом предлагается проводить короткие терапевтические интервенции (Blow, 2000), методики НЛП (Мингазов, 2013). А.Х. Мингазов (2013) выявил причины, которые способствуют снижению потребления алкоголя при позднем алкоголизме. У мужчин это ухудшение состояния здоровья и ответственность перед работодателем, а у женщин – чувство вины, страх осуждения близкими родственниками и ответственность перед работодателем.

Из фармакологических препаратов у пожилых пациентов рекомендуют использовать средства, показавшие свою эффективность на других возрастных группах, такие как дисульфирам, налтрексон и акампросат. Имеется работа, где показано, что при лечении антидепрессантом из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина флювоксамином алкоголики с поздним началом заболевания давали более устойчивые ремиссии, чем пациенты с ранним началом заболевания (Dom et al., 2006).

У пожилых женщин имеются свои уникальные проблемы, связанные с лечением алкоголизма:

Они, чаще обращаются за лечением в общемедицинские учреждения, чем в алкогольные программы (Thom, 1986; Weisner, Schmidt, 1992).

Если они обращаются за лечением, они склонны сообщать о депрессии и тревоге, а не злоупотреблении алкоголем (Prudfoot, Teeson, 2002; Wu et al., 1999).

Они с меньшей вероятностью имеют медицинскую страховку и, скорее всего, страдают от снижения мобильности. Женщины, как правило, испытывают большую стигму и стыд от расстройств, связанных с употреблением алкоголя, что мешает им обратиться за лечением (Small et al., 2010).

Работ, посвященных особенностям терапии именно женского позднего алкоголизма крайне мало. В США было проведено исследование эффективности КПТ у женщин с алкоголизмом молодого и пожилого возраста. До начала КПТ пожилые женщины сообщили о менее суровой истории употребления ПАВ более позднем возрасте первого употребления алкоголя, более поздним началом злоупотребления алкоголем, меньшим количеством случаев злоупотребления/зависимости и меньшем потреблением наркотиков. Вместе с тем, по сравнению с молодыми, они пили чаще и больше в течение 90 дней до начала лечения. Тем не менее, результаты КПТ у пожилых женщин в плане уменьшения частоты употребления алкоголя и дней тяжелого пьянства оказались лучше (Al-Otaiba et al., 2012). Было показано, что короткие терапевтические интервенции оказываются эффективны в плане снижения потребления алкоголя у пожилых пациентов, особенно у женщин (Fleming et al., 1999).

Как показывают зарубежные исследования, устойчивость ремиссии у лиц с поздним алкоголизмом зависит ряда факторов. Прежде всего, она зависит от ухода от созависимых отношений с супружеским партнером. Важную роль в становлении ремиссии играют желание обращаться за помощью, а также поддержка и доброжелательное отношение со стороны друзей (Schutte et al., 1994). Десятилетнее изучение спонтанных ремиссий у лиц с алкоголизмом пожилого возраста, по сравнению с умеренно пьющими той же возрастной группы, показало, что предикторами устойчивой ремиссии являются: 1) принадлежность к женскому полу; 2) меньше количество и позднее начало проблем, связанных с алкоголизацией; 3) друзья, поощряющие отказ от алкоголизации; 4) снижение объема и кратности употребляемого алкоголя. Угрозу рецидива вызывают депрессия, стрессоры, связанные со здоровьем и финансами, использование ПАВ, фиксация на копинг-стратегиях избегания, меньшая социальная поддержка со стороны друзей. По данным авторов спонтанные ремиссии у проблемно пьющих лиц пожилого возраста отмечаются в 30% случаев, что выше, чем у лиц с ранним началом алкоголизма (Schutte et al., 2001).

Таким образом, можно утверждать, что алкоголизм в позднем возрасте является самой распространенной формой химической зависимости в этой возрастной группе. В России на фоне снижения общего количества диспансерных больных алкоголизмом количество лиц позднего возраста, страдающих алкогольной зависимостью, прогрессивно увеличивается в значительной степени за счет женского алкоголизма. Очевидна исходная гетерогенность группы, которую составляют лица с ранним началом алкоголизма и которые продолжают злоупотребление во второй половине жизни, а также лица с собственно поздним алкоголизмом. Возникновение позднего алкоголизма в большей степени связано с социально-психологическими факторами, нежели с наследственной предрасположенностью. Большинство авторов считают, что поздний алкоголизм менее злокачественный, чем при раннем его начале. Алкоголизм в позднем возрасте протекает на фоне соматической и органической мозговой патологии, которая неоднозначно влияет на его течение и прогноз. Существуют гендерные различия позднего алкоголизма, связанные с большей ролью фактора стигматизации и одиночества в его генезе у женщин. Из-за специфики российской демографической ситуации среди женщин второй половины жизни приходится сталкиваться с феноменом «вдовьего» алкоголизма, где факторы состояния эмоциональной утраты и одиночества играет основную роль. Терапия позднего алкоголизма разработана недостаточно и должна проводится с учетом как возрастных, так и гендерных особенностями этой группы пациентов.

Список литературы:

1. Альтшулер, В.Б. Алкоголизм. М.: ГЭОТАР Медиа, 2010. 264 с.
2. Альтшулер В.Б. Алкоголизм. В кн.: Руководство по психиатрии /Под ред. А.С. Тиганова. Т. 2. М.: Медицина, 1999. С. 250-338.
3. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. М.: Медицина, 1987. 336 с.
4. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М.: Медицина, 1986.
5. Бохан Н.А., Кривулин Е.Н., Мингазов А.Х. Алкогольная зависимость у лиц позднего возраста. Томск; Челябинск: Изд-во «Иван Фёдоров», 2013. 260 с.
6. Егоров А.Ю. Алкоголизм в позднем возрасте: гендерный аспект. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2006. Т. 106. № 9. С. 16-21.
7. Егоров А.Ю., Шайдукова Л.К. Современные особенности алкоголизма у женщин: возрастной аспект. Наркология. 2005. № 9. С. 49-55.
8. Косарева С.П. Химическая зависимость в пожилом возрасте. Форум «Нарком». № 28(109). Октябрь 2005. www.narcom.mos.ru

9. Кривулин Е.Н., Мингазов А.Х. Возрастные клинико-динамические особенности алкоголизма раннего и позднего возраста // Наркология. 2012. № 5. С. 53-56.

10. Мингазов А.Х. Клинико-патодинамические закономерности алкоголизма и алкогольных психозов у мужчин и женщин в позднем возрасте (коморбидность, гендерные различия, профилактика). Автореф. дисс. … докт. мед. наук. Томск. 2013. 50 с.

11. Надеждин А.В. Возрастные особенности наркологических заболеваний. Руководство по наркологии /Под ред. Н.Н. Иванца. М., Медпрактика-М, 2002. Т. 1. С. 408-422.

12. Население России 1998. Шестой ежегодный демографический доклад. ЦДЭЧ ИНП РАН. М., 1999.

13. Наркология /Под ред. Л.С. Фридмана, Н.Ф. Флеминга, Д.Х. Робертса, С.Е. Хаймана. М.; СПб.: “Бином”- “Невский диалект”, 1998. 318 с.

14. Пятов М.Г., Шумский Н.Г. Алкоголизм у пожилых людей. В кн: Алкоголизм/ Г.В. Морозов, В.Е. Рожнов, Э.А. Бабаян (ред). М., Медицина. 1983. С. 185-188.

15. Сайт о странах, городах, статистике населения и пр. www.statdata.ru.

16. Ураков И.Г., Куликов В.В. Возрастной фактор при алкоголизме: его патогенетическая, патокинетическая и патопластическая роль. Тез. докл. научно-практ. конф. Владимир. 1973. С. 156-161.

17. Adams W. L., Barry K. L., Fleming M. F. Screening for problem drinking in older primary care patients // JAMA. 1996. V. 276. P. 1964-1967.

18. Al-Otaiba Z., Epstein E.E., McCrady B., Cook S. Age-based differences in treatment outcome among alcohol-dependent women. Psychol Addict Behav. 2012. V.26. N 3. P. 423-431.

19. Babor T. F. Hofmann M., DelBoca F. K., et al. Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. Arch. Gen. Psychiatry. – 1992. – Vol. 49(8). – P. 599–608.

20. Becker K.L., Walton-Moss B. Detecting and addressing alcohol abuse in women. Nurse Pract. 2001. V. 26. N 10. P. 13-16.

21. Blankfield A. Grief, alcohol dependence and women. Drug and Alcohol Dependence. Aug. 1989. V. 24. № 1.P. 45-49.

22. Blow F.C. Treatment of older women with alcohol problems: Meeting the challenge for a special population. Alcohol. Clin. Exp. Res. 2000. V. 24, N. 8. P. 1257-1266.

23. Brennan P.L., Moos R.H. Life stressors, social resources, and late-life problem drinking// Psychol. Aging. 1990 Dec. V. 5. N 4. P. 491-501.

24. Brennan P.L., Moos R.H., Kim J.Y. Gender differences in the individual characteristics and life contexts of late-middle-aged and older problem drinkers// Addiction. 1993 Jun. V. 88. N 6. P. 781-790.

25. Brennan P.L., Moos R.H., Mertens J.R. Personal and environmental risk factors as predictors of alcohol use, depression, and treatment-seeking: a longitudinal analysis of late-life problem drinkers. J. Subst. Abuse. 1994. V. 6. N 2. P. 191-208.

26. Brennan P.L., Moos B.S., Schutte K.K., Moos R.H., Twenty-year alcohol-consumption and drinking-problem trajectories of older men and women. J Stud Alcohol Drugs. 2011. V. 72. N 2. P. 308–321.

27. Cloninger C. R., Bohman M., Sigvardsson S. Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men. Arch. Gen. Psychiatry. – 1981. – Vol. 38(8). – P. 861–868.

28. Curtis J.R., Geller G., Stokes E.J., Levine D.M., Moore R.D. Characteristics, diagnosis, and treatment of alcoholism in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1989. V. 37. P. 310-316.

29. Dom G., Hulstijn W., Sabbe B. Differences in impulsivity and sensation seeking between early- and late-onset alcoholics. Addictive Behaviors. 2006. V. 31. N 2. P. 298-308.

30. Douglass R. L., Shuster E. O., McClelland S. C. Drinking patterns and abstinence among the elderly. International J. of the Addictions. 1988. V. 23. P. 399–415.

31. Epstein E.E., Fischer-Elber K., Al-Otaiba Z. Women, aging, and alcohol use disorders. J Women Aging. 2007. V. 19. N 1-2. P. 31-48.

32. Geroldi C., Rozzini R., Frisoni G.B., Trabucchi M. Assessment of alcohol consumption and alcoholism in the elderly. Alcohol. 1994. V. 11. N 6. P. 513-516.

33. Gomberg E.S.L. () Older women and alcohol use and abuse. Recent Dev Alcohol. 1995. V. 12. P. 61–79.

34. Glynn R.J., Bouchard G.R., LoCastro J.S., Laird N.M. Aging and generational effects on drinking behaviors in men: results from the normative aging study. Am J Public Health. 1985. V. 75. N 12. P. 1413-1419.

35. Gordon T., Kannel W.B. Drinking and its relation to smoking, BP, blood lipids, and uric acid. The Framingham study. Arch Intern Med. 1983. V. 143. V. 7. P. 1366-1374.

36. Finlayson R.E., Hurt R.D., Davis Jr L.J., Morse R.M. Alcoholism in elderly persons: a study of the psychiatric and psychosocial features of 216 inpatients. Mayo. Clin. Proc. 1988. V. 63. P. 761–768.

37. Fleming M.F., Manwell L.B., Barry K.L., Adams W., Stauffacher E.A. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. J Fam Pract. 1999. V. 48. N 5. P. 378-384.

38. Holdcraft L.C., Iacono W.G. Cohort effects on gender differences in alcohol dependence. Addiction. 2002. V. 97. N 8. P. 1025-1036.

39. Kessler R. C., Crum R. M., Warner L. A., Nelson C. B., Schulenberg J., Anthony J. C. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey // Archives of General Psychiatry. – 1997. – Vol. 54. – P. 313–321.

40. Karlamangla A., Zhou K., Reuben D., Greendale G., Moore A. Longitudinal trajectories of heavy drinking in adults in the United States of America. Addiction. 2006. V. 101. P. 91–99.

41. Lieb B., Rosien M., Bonnet U., Scherbaum N. [Unhealthy alcohol use in the elderly--current screening and treatment strategies]. Fortschr Neurol Psychiatr. 2008. V. 76. N 2. P. 75-85. [Article in German]

42. Levenson M.R., Aldwin C.M., Spiro A. 3rd. Age, cohort and period effects on alcohol consumption and problem drinking: findings from the Normative Aging Study. J Stud Alcohol. 1998. V. 59. N 6. P. 712-722.

43. Liberto J.G., Oslin D.W., Ruskin P.E. Alcoholism in older persons: a review of the literature. Hosp Community Psychiatry. 1992.V. 43. N 10. P. 975-984.

44. Moore A.A., Gould R., Reuben D.B., Greendale G.A., Carter M.K., Zhou K., Karlamangla A. Longitudinal patterns and predictors of alcohol consumption in the United States. Am J Public Health. 2005. V. 95. N 3. P. 458-465.

45. Moss H.B., Lynch K.G. Comorbid disruptive behavior disorder and their relationship to adolescent alcohol use disorders. Drug and Alcohol Dependence. 2001. V. 64. P. 75-83.

46. Moos R.H., Schutte K., Brennan P., Moos B.S. Ten-year patterns of alcohol consumption and drinking problems among older women and men. Addiction. 2004 Jul. V. 99. N 7. P. 829-838.

47. Oslin D.W., Pettinati H., Volpicelli J.R. Alcoholism treatment adherence: older age predicts better adherence and drinking outcomes. Am J Geriatr Psychiatry. 2002. V. 10. P. 740-747.

48. Pierucci-Lagha A. [Alcoholism and aging. 1. Epidemiology, clinical aspects and treatment]. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2003. V. 1. N 3. P. 197-205. [Article in French]

49. Who seeks treatment for alcohol dependence? Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing.

50. Proudfoot H., Teesson M. Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002. V. 37. N 10. P. 451-456.

51. Rice C., Longabaugh R., Beattie M., Noel N. Age group differences in response to treatment for problematic alcohol use. Addiction. 1993. V. 88. P. 1369–1375.

52. Small J., Curran G.M., Booth B. Barriers and facilitators for alcohol treatment for women: are there more or less for rural women? J Subst Abuse Treat. 2010. V. 39. N 1. P. 1-13.

53. Schukit M.A. Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment. 5th ed. NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2000. 380 p.

54. Schutte K.K., Brennan P.L., Moos R.H. Remission of late-life drinking problems: a 4-year follow-up. Alcohol Clin. Exp.Res. 1994 Aug. V. 18. N 4. P. 835-844.

55. Schutte K.K., Byrne F.E., Brennan P.L., Moos R.H. Successful remission of late-life drinking problems: a 10-year follow-up. J. Stud. Alcohol. 2001 May. V. 62. N 3. P. 322-334.

56. Stall R. Change and stability in quantity and frequency of alcohol use among aging males: a 19-year follow-up study. Br J Addict. 1986. V. 81. N 4. P. 537-544.

57. Ticehurst S. Alcohol and the elderly. Aust. N. Z. J. Psychiatry. 1990 Jun. V. 24. N 2. P. 252-260.

58. Tivis L.J., Brandt E.N. Jr. Alcohol consumption among the elderly: dispelling the myths. J. Okla. State Med Assoc. 2000 Jul. V 93. N 7. P. 275-284.

59. Temple M.T., Leino E.V. Long-term outcomes of drinking: a 20-year longitudinal study of men. Br J Addict. 1989. V. 84. N 8. P. 889-899.

60. Thom B. Sex differences in help-seeking for alcohol problems--1. The barriers to help-seeking. Br J Addict. 1986.V. 81. N 6. P. 777-788.

61. van den Berg J.F., Hermes J.S., van den Brink W., Blanken P., Kist N., Kok R.M. Physical and mental health and social functioning in older alcohol-dependent inpatients: the role of age of onset. Eur Addict Res. 2014. V. 20. N 5. P. 226-232.

62. Weisner C., Schmidt L. Gender disparities in treatment for alcohol problems. JAMA. 1992. V. 268. N 14. P. 1872-1876.

63. Wetterling T., Veltrup C., John U., Driessen M. Late onset alcoholism. European Psychiatry. V. 18, N 3, 2003 May. P. 112-118.

64. Wu L.T., Kouzis A.C., Leaf P.J. Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on utilization of mental health services in the National Comorbidity Survey. Am J Psychiatry. 1999. V. 156. N 8. P. 1230-1236.

65. Zimberg S. Diagnosis and treatment of the elderly alcoholic. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1978. V. 2. P. 27–29.

66. Zimberg S. Alcohol problems in the elderly. J. of Psychiatric Treatment and Evaluation. 1983. V. 5. P. 515-520.

Жукова Д.И.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДЕВИАЦИИ ПРИ ДИСМОРФОФОБИИ

Пункт отбора на военную службу по контракту (1 разряда) по Ленинградской области, Санкт-Петербург

Существенное влияние на процесс формирования сексуального поведения оказывают приемы стимулирования самоутверждения и приемы стимулирования самореализации. Самовыражение (самореализация) означает всесторонние развитие самого себя и своих возможностей. В это понятие включается профессионально-интеллектуальное и сексуальное развитие человека. Потребность в самореализации была изначально заложена природой в каждом конкретно взятом индивидууме. Человек реализует себя как личность в трех ипостасях: формирование себя как профессионала, создание семьи и рождение, воспитание детей. Неспособность человека реализваться в данных ипостасях приводит к эгоцентризму, расстройству настроения по апато-абулическому типу, к расстройствам сексуального влечения пограничного уровня и т.д.

Психосексуальные расстройства – это группа нарушений сексуального поведения, включающая извращение полового влечения в отношении его объекта, либо способа его удовлетворения, также и другие нарушения сексуального функционирования при нормальном влечении [1]. Сексуальные перверсии дифференцируют на истинные и ложные. При истинных перверсиях извращенное влечение является единственно приемлемым или наиболее предпочитаемым способом удовлетворения. Истинные перверсии чаще бывают врожденными и проявляются с первым пробуждением полового влечения. При ложных перверсиях, наряду с извращенным влечением, вполне возможно и даже может быть предпочитаемо нормальное половое функционирование. Ложные перверсии всегда приобретенные, они возникают и могут упрочиваться в течение половой жизни. Однако четкую грань между истинными и ложными перверсиями удается провести далеко не при всех видах половых извращений. Сексуальные девиации отличаются от перверсий тем, что представляют собой непатологические отклонения от общепринятых норм полового поведения. Часть из них могут внешне выглядеть как перверсии, но они всегда бывают ситуативно обусловлены (отсутствие объекта для нормального влечения) или преходящими (транзиторными) в периоды гиперсексуальности. Однако в неблагоприятных условиях, становясь дурной привычкой, сексуальные девиации могут упрочиваться и постоянно сочетаться с нормальным половым функционированием или возобновляться всякий раз при вынужденном перерыве нормальной половой жизни. Таким образом, сексуальные девиации превращаются в ложные перверсии. К перверсиям относят тяжелые проявления садизма и мазохизма, когда жестокие действия (бичевание, нанесение уколов, порезов, ожогов, побоев) становятся необходимым условием полового возбуждения и даже сами по себе приводят к оргазму.

Неадекватные переживания и умозаключения, приводящие к измененному отношению к себе, формируют множество распространённых симптомов и поведений, связанных с дисморфофобией. Дисморфофобия (дисморфобия, телесная дисморфия, телесное дисморфическое расстройство, дисморфия) – психическое расстройство, при котором человек чрезмерно обеспокоен и занят незначительным дефектом или особенностью своего тела [2].

Цель данного исследования заключается в возможности лучше понять внутреннее состояние человека при дисморфофобии, изучая механизмы стабилизации депрессивного состояния, а также прояснения патогенеза истинных перверсий.

Наше исследование проводилось на базе Пункта отбора на военную службу по контракту (1 разряда) по Ленинградской области. В исследовании принимало участие 40 человек, в возрасте 18-25 лет (поздняя юность), имеющих целенаправленные акты телесного повреждения. Обработка производилась с помощью многомерного многофакторного дисперсионного анализа, в программе StatSoft Statistica 8.

В исследовании нами было использовано 6 методик:

1. Опросник определения уровня невротизации и психопатизации УНП. Изучает проявления невротических состояний: быстрая утомляемость, нарушения сна, ипохондрическая фиксация на неприятных соматических ощущениях, снижение настроения, повышенная раздражительность, возбудимость, наличие страхов, тревоги, неуверенности в себе.

2. Опросник перфекционизма Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Изучает 5 параметров перфекционизма: высокие стандарты при ориентации на полюс самых успешных; селектирование информации о неудачах; поляризованное мышление («все или ничего»); контроль над чувствами; чрезмерные требования к другим людям и общий показатель перфекционизма.

3. Тест включенных фигур Готшильда. Измеряет параметр полезависимоть – поленезависимость (ПЗ-ПНЗ).

4. Проективная психодиагностическая методика «36 сюжетов». Каждый сюжет имеет несколько разновидностей, указывающих на необходимый минимальный набор действующих лиц и отношений между ними, содержит примеры, полностью или отчасти соответствующие данному типу. Методика содержит следующие сюжеты: 1. Мольба; 2. Спасение; 3. Месть, преследующая преступление; 4. Месть близкого человека за другого близкого человека или близких людей; 5. Преследуемый; 6. Внезапное бедствие; 7. Жертва; 8. Возмущение, бунт, мятеж; 9. Дерзкая попытка; 10. Похищение; 11. Загадка; 12. Достижение чего-нибудь; 13. Ненависть к близким; 14. Соперничество близких; 15. Адьюльтер, приводящий к убийству; 16. Безумие; 17. Роковая неосторожность; 18. Невольное преступление любви; 19. Невольное убийство близкого; 20. Самопожертвование во имя идеала; 21. Самопожертвование ради близких; 22. Пожертвовать всем – ради страсти; 23. Пожертвовать близкими человеком в силу необходимости, неизбежности. 24. Соперничество неравных; 25. Адюльтер; 26. Преступление любви; 27. Узнавание о бесчестии любимого или близкого; 28. Препятствие любви; 29. Любовь к врагу; 30. Честолюбие и властолюбие; 31. Богоборчество; 32. Неосознаваемая ревность, зависть; 33. Судебная ошибка; 34. Угрызения совести; 35. Потерянный и найденный; 36. Потеря близких. В основе тридцати шести сюжетов лежит типология человеческих взаимоотношений и переживаний.

5. Опросник Плутчика Келлермана-Конте – методика Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI). Тест для диагностики механизмов психологической защиты. Содержит восемь отдельных шкал, определяющих восемь механизмов психологической защиты личности: 1. Вытеснение; 2. Регрессия; 3. Замещение; 4. Отрицание; 5. Проекция; 6. Компенсация; 7. Гиперкомпенсация; 8. Рационализация.

6. Калифорнийский психологический опросник (CPI). Профиль личности строится по 18 шкалам, шкалы разделяются на 4 группы. Первая группа – шкалы доминирования: социальность, способность приобрести социальный статус, самопринятие и чувство благополучия. Вторая группа – шкалы зрелости и социализации личности: ответственность, самоконтроль, толерантность, достигнутая социализация, обычность, благоприятное впечатление. Третья группа – шкалы достижений: достижение через конфромность, достижение через отстаивание своей независимости (через нонкнформность), интеллектуальная эффективность. Четвертая группа – шкалы образа или стиля жизни: психологичность, гибкость, женственность.

По результатам исследования с помощью названных методик была составлена таблица, в которой были показаны психологические корреляты литературных сюжетов, характеризующие стиль поведения личности. Ниже приведены полученные данные. S3 Месть, преследующая преступление: проекция (r0,36; P≤0,05); чувство благополучия (r-0,40; P≤0,01); ответственность (r-0,40; P≤0,01); социализация (r-0,33; P≤0,05); самоконтроль (r-0,34; P≤0,05); толерантность (r-0,44; P≤0,01); достижение через независимость (r-0,41; P≤0,01); психологический склад ума (r-0,36; P≤0,05); гибкость (r-0,31; P≤0,05). S4 Месть близкого за другого (кровная месть): ответственность (r-0,31; P≤0,05); самоконтроль (r-0,30; P≤0,05); психопатизация (r0,43; P≤0,01). S6 Внезапное бедствие: замещение (r0,36; P≤0,05); ответственность (r-0,48; P≤0,01); социализация (r-0,53; P≤0,01); самоконтроль (r-0,37; P≤0,05); толерантность (r-0,37; P≤0,05); хорошее впечатление (r-0,30; P≤0,05); обычность (r-0,32; P≤0,05); достижение через подчинения (r-0,28; P≤0,05); интеллектуальная эффективность (r-0,35; P≤0,05); психопатизация (r0,32; P≤0,05). S7 Жертва: замещение (r0,28; P≤0,05); чувство благополучия (r-0,37; P≤0,05); ответственность (r-0,32; P≤0,05); социализация (r-0,41; P≤0,01); самоконтроль (r-0,33; P≤0,05); толерантность (r-0,30; P≤0,05); интеллектуальная эффективность (r-0,39; P≤0,001). S8 Возмущение, бунт, мятеж: замещение (r0,37; P≤0,05); социализация (r-0,42; P≤0,01); толерантность (r-0,34; P≤0,05); обычность (r-0,32; P≤0,05); женственность/мужественность (r-0,35; P≤0,05);

психопатизация (r0,31; P≤0,05). S9 Дерзкая попытка: самоконтроль (r-0,37; P≤0,05); толерантность (r-0,33; P≤0,05); достижение через независимость (r-0,43 P≤0,01); психологический склад ума (r-0,43; P≤0,01); гибкость (r-0,30; P≤0,05). S10 Похищение: психопатизация (r0,32; P≤0,05). S11 Загадка: ответственность (r-0,38; P≤0,05); социализация (r-0,32; P≤0,05); толерантность (r-0,28; P≤0,05); замещение (r0,28; P≤0,05). S12 Достижение чего-нибудь: самопринятие (r0,39; P≤0,001); ответственность (r-0,30; P≤0,05); самоконтроль (r-0,34; P≤0,05); отрицание (r-0,39; P≤0,001). S13 Ненависть к близким: замещение (r0,44; P≤0,01); чувство благополучия (r-0,43; P≤0,01); ответственность (r-0,44; P≤0,01); социализация (r-0,41; P≤0,01); самоконтроль (r-0,41; P≤0,01); толерантность (r-0,44; P≤0,01); хорошее впечатление (r-0,42; P≤0,01); интеллектуальная эффективность (r-0,35; P≤0,05). S14 Соперничество близких: методика Готшильда (r-0,29; P≤0,05); психологический склад ума (r-0,31; P≤0,05). S15 Адюльтер, приводящий к убийству: психопатизация (r0,27; P≤0,05); психологический склад ума (r-0,38; P≤0,05). S16 Безумие: перфрекционизм (r0,34; P≤0,05); вытеснение (r0,38; P≤0,05); замещение (r0,38; P≤0,05); чувство благополучия (r-0,34; P≤0,05); ответственность (r-0,47; P≤0,01); социализация (r-0,45; P≤0,01); самоконтроль (r-0,46; P≤0,01); толерантность (r-0,44; P≤0,01); хорошее впечатление (r-0,40; P≤0,01); достижение через подчинение (r-0,41; P≤0,01); достижение через независимость (r-0,34; P≤0,05); интеллектуальная эффективность (r-0,31; P≤0,05). S17 Роковая неосторожность: психопатизация (r0,34; P≤0,05); регрессия (r-0,30; P≤0,05); социализация (r-0,34; P≤0,05); самоконтроль (r-0,30; P≤0,05); отрицание (r-0,41; P≤0,01); социализация (r-0,34; P≤0,05); самоконтроль (r-0,30; P≤0,05). S18 Невольное преступление любви: реактивное образование (r0,40; P≤0,01); доминирование (r0,36; P≤0,05); способность к статусу (r0,27; P≤0,05). S19 Невольное убийство близкого: психопатизация (r0,32; P≤0,05); способность к статусу (r0,33; P≤0,05). S20 Самопожертвование во имя идеала: способность к статусу (r0,27; P≤0,05); замещение (r-0,27; P≤0,05). S21 Самопожертвование ради близких: регрессия (r-0,37; P≤0,05); способность к статусу (r0,38; P≤0,001); социальное присутствие (r0,31; P≤0,05); самопринятие (r0,31; P≤0,05). S22 Пожертвование всем ради страсти: чувство благополучия (r-0,33; P≤0,05); ответственность (r-0,35; P≤0,05); самоконтроль (r-0,48; P≤0,01); интеллектуальная эффективность (r-0,30; P≤0,05); замещение (r0,31; P≤0,05). S24 Соперничество неравных: проекция (r0,32; P≤0,05); замещение (r0,35; P≤0,05); чувство благополучия (r-0,34; P≤0,05); ответственность (r-0,46; P≤0,01); социализация (r-0,44; P≤0,01); самоконтроль (r-0,38; P≤0,05); толерантность (r-0,45; P≤0,01); обычность (r-0,35; P≤0,05); достижение через независимость (r-0,36; P≤0,05); интеллектуальная эффективность (r-0,32; P≤0,05). S25 Адюльтер: перфекционизм (r0,31; P≤0,05). S27 Узнавание о бесчестие любимого или близкого: перфекционизм (r0,31; P≤0,05); интеллектуализация (r0,35; P≤0,05). S28 Препятствие любви: психопатизация (r0,38; P≤0,05); перфекционизм (r0,40; P≤0,01); регрессия (r0,44; P≤0,01); замещение (r0,36; P≤0,05); общность (r-0,37; P≤0,05); чувство благополучия (r-0,43; P≤0,01); ответственность (r-0,41; P≤0,01); социализация (r-0,37; P≤0,05); самоконтроль (r-0,44; P≤0,01); толерантность (r-0,45; P≤0,01); хорошее впечатление (r-0,49; P≤0,01); достижение через подчинение (r-0,42; P≤0,01); достижение через независимость (r-0,31; P≤0,05); интеллектуальная эффективность (r-0,45; P≤0,01); психологический склад ума (r-0,32; P≤0,05). S29 Любовь к врагу: чувство благополучия (r-0,41; P≤0,01); ответственность (r-0,30; P≤0,05); самоконтроль (r-0,43; P≤0,01); толерантность (r-0,40; P≤0,01); хорошее впечатление (r-0,31; P≤0,05); интеллектуальная эффективность (r-0,37; P≤0,05); психологический склад ума (r-0,33; P≤0,05). S30 Честолюбие и властолюбие: самопринятие (r0,41; P≤0,01); ответственность (r-0,39; P≤0,001); толерантность (r-0,34; P≤0,05); достижение через независимость (r-0,30; P≤0,05); интеллектуальная эффективность (r-0,30; P≤0,05). S31 Боготворчество: психопатизация (r0,43; P≤0,01); женственность/мужественность (r-0,34; P≤0,05). S32 Неосознаваемая ревность, зависть: перфекционизм (r0,31; P≤0,05); компенсация (r0,37; P≤0,05); чувство благополучия (r-0,49; P≤0,01); самоконтроль (r-0,51; P≤0,01); толерантность (r-0,31; P≤0,05); хорошее впечатление (r-0,41; P≤0,01). S34 Угрызение совести: перфекционизм (r0,43; P≤0,01); социализация (r-0,37; P≤0,05); толерантность (r-0,49; P≤0,01); интеллектуальная эффективность (r-0,34; P≤0,05); психологический склад ума (r-0,34; P≤0,05); ответственность (r-0,28; P≤0,05). S35 Потерянный и найденный: проекция (r0,29; P≤0,05).

Задача нынешнего исследования заключается в обосновании и доказательстве необходимости дальнейшей разработки проективной психодиагностической методики «36 сюжетов».

На основании полученных данных многомерного многофакторного дисперсионного анализа, планируем создать проективную психодиагностическую методику «36 сюжетов», подобную Калифорнийскому психологическому опроснику (CPI). Сформулированные вопросы или утверждения будут пропущены через факторный анализ.

Таким образом, акт совершения целенаправленного телесного повреждения, который наносит ущерб внешнему виду или функциям живого организма, иногда также приводя к его смерти, отражает внутреннее состояние человека, в котором выявлено измененное отношение к себе. Умозаключения данной категории лиц не отражают нормы состояния человека. Для профилактики ложных перверсий и сексуальных девиаций решающее значение имеет половое воспитание, включающее половое просвещение с младшего подросткового возраста. Профилактика истинных перверсий затруднена из-за неясности их патогенеза.

Список литературы:

1. Дроздов А.А., Дроздова М.В., «Полный справочник психотерапевта»: Эксмо; Москва; 2007
2. Самохвалов В. П. Психиатрия (Учебное пособие для студентов медицинских вузов). – Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. – С. 122. – 575 с. – (Серия «Высшее образование»).

Задорожная О.В., Важинская Н.В.

ФЕНОМЕНЫ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ, КАК СПОСОБ КОММУНИКАЦИИ С ПЕРСОНАЛОМ

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
Психоневрологический диспансер №9, Санкт-Петербург

Актуальность. Согласно определению, данному в Большой Российской Энциклопедии, сексуальность – фундаментальный аспект человеческого бытия, включающий в себя проблемы пола, гендерные идентичности и роли, сексуальную ориентацию, сексуальные предпочтения, эротизм, гедонистические ощущения, интимность и репродукцию. Сексуальность переживается и проявляется в мыслях, фантазиях, желаниях, верованиях, ценностях и установках человека.

Врачи психиатры нередко уделяют недостаточно внимания сексуальному функционированию больных с тяжёлыми психическими расстройствами. Однако известно, что нарушения в сексуальной сфере являются важным фактором снижения качества жизни этих пациентов (Gabay P.M., Fernández Bruno M., 2006). Многими исследователями подчёркивается важная роль сексуального функционирования пациентов с тяжёлыми психическими расстройствами, как показателя эффективности лечения и фактора формирования комплаенса (Schöttle D., Kammerahl D., Huber J. et al., 2009). По мнению многих авторов, вопросам сексуального функционирования должно быть уделено важное место в психосоциальных реабилитационных программах (Fortier P., Mottard J.P., Trudel G., Even S., 2003).

Нужно отметить, что несмотря на значительные изменения, произошедшие в нашей стране за последние десятилетия в сфере оказания психиатрической помощи, отношение медицинского персонала к сексуальности пациентов до сих пор несёт отпечаток такого явления, как стигматизация. Часто это отношение можно сравнить с таковым к сексуальности ребёнка, имеется иллюзия, что сексуальность пациента должна находиться под контролем некоего взрослого, врача, потому что в основе своей она опасна.

Целью нашего исследования стало рассмотрение сексуального аспекта функционирования пациентов медико-реабилитационного отделения и поиск новых трактовок феноменов сексуального поведения пациентов с тяжёлыми психическими расстройствами.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе медико-реабилитационного отделения ПНД №9 Невского района Санкт-Петербурга. Данное отделение рассчитано на 150 больных. В оказании помощи больным принимают участие врачи-психиатры, медицинские психологи, врачи-психотерапевты, социальные работники, медицинские сестры, младший медицинский персонал, инструкторы по трудовой терапии.

Нами предпринята попытка рассмотрения некоторых проблемных ситуаций, связанных с полом и сексуальностью.

Результаты и их обсуждение. Пациенты, страдающие тяжёлыми психическими расстройствами, такими, как шизофрения, нередко не могут вербализовать свои переживания, свой опыт, поэтому они вступают в некую довербальную коммуникацию, например, с помощью такой психической защиты, как проективная коммуникация. Суть этого явления состоит в том, что пациент пытается установить систему отношений, существующую внутри, во внешнем мире окружающих его людей: «При проективной идентификации не только пациент воспринимает терапевта искажённым образом, обусловленным ранними объектными отношениями пациента: кроме этого на терапевта оказывается давление, чтобы он вёл себя в соответствии с бессознательной фантазией пациента» (Thomas H. Ogden, 1977). За пределами психиатрического отделения эта попытка может вызвать массу неразрешимых проблем в жизни пациента. Разворачиваемая же в рамках отношений со специалистами она может стать наглядной демонстрацией внутренних переживаний и проблем пациента. Однако выдержать влияние этой мощной и архаичной защиты могут только специалисты, объединённые в профессиональную команду и осведомлённые о влиянии на них пациентов.

Мы же чаще всего встречаемся с тем, что медицинский персонал резонирует, увы, на том же довербальном уровне – он принимает навязанную пациентом систему отношений, где в основном присутствует обесценивание, преследование, разрушительный гнев. Патологического резонанса можно избежать, если бы проблемные ситуации обсуждались открыто и в профессиональном дискурсе, что пока трудно достижимо: интервизорские и балинтовские группы – мы надеемся, будут важной составляющей психиатрических отделений в ближайшем будущем. Таким образом, мы можем предполагать, что всё, что происходит в медико-реабилитационном отделении, делается в поле взаимодействия с персоналом и поэтому является своеобразным способом коммуникации пациента с людьми, оказывающими ему помощь.

Важной проблемой, которая требует дальнейшего исследования, становится разный язык сексуальности медицинского персонала и пациентов. Эта разница толкает специалистов судить и морализаторствовать там, где нет места морали, потому что речь идёт о других, не сексуальных потребностях, выражаемых, однако, языком привязанности и любви. Например, о потребности иметь интимность, о потребности быть зависимым и привязанным, о потребности не быть одиноким. Ниже приведены некоторые ситуации, кажущиеся нам наиболее важными при рассмотрении данной проблемы.

Организация работы туалетной комнаты: половая идентификация и провокация сексуального возбуждения). Туалет в психиатрическом отделении и так лишается интимности за счёт отсутствия замков. На упомянутом нами отделении туалет одновременно работал и как мужской, и как женский. На входной двери висела бумажка, на разных сторонах которой было написано «мужчина» и «женщина». Предполагалось, что пациенты будут поворачивать вывеску в зависимости от того, кто входит. Конечно, в отделении были и пациенты с тяжёлым интеллектуальным дефектом, которых не заботила бумажка. Такая регуляция работы туалета рождала много забавных и конфликтных ситуаций.

Нужно отметить, что на отделении был ещё один туалет, но он был всегда закрыт. Что это: симптом больной системы или провокация? Или и то и другое. Разумного объяснения такому положению нет, поэтому стоит понимать это, как проективную идентификацию – у пациентов нет пола, нет чёткого разделения на мужчин и женщин, нет права на половую интимность. Медицинский персонал даёт понять реабилитантам, что их сексуальность находится где-то на уровне человека до 7 лет.

Замужество пациентов. Эту проблемную ситуацию хорошо иллюстрирует один из случаев, когда умственно отсталая пациентка и больной с органическим психическим расстройством пришли в отделение прямо после свадьбы, в костюмах жениха и невесты. Они продефилировали по всему отделению, заглянули в каждую комнату, заведующая торжественно поздравила молодожёнов. Данный брак продлился около недели, но исчезновение «молодых» из отделения наталкивает на мысли об использовании свадьбы, как метода сепарации, как рубежа, за которым начинается иная, взрослая, здоровая жизнь.

Так же в этом свете кажется интересным случай пациентки, страдающей шизофренией, которая заключила фиктивный брак с близким другом семьи, заинтересованным в жилой площади пациентки. Мужчина стал опекуном и мужем больной и… своеобразным буфером между пациенткой и врачами.

Объединение в пары и демонстрация сексуального поведения. Нужно отметить, что те пациенты, которые хотел заниматься сексом, занимались им за пределами отделения и так, что никто об этом не знал. Но неизменно в отделении на глазах специалистов возникают пары, которые, похоже, демонстрируют себя и свою сексуальность для того, чтобы сообщить что-то своим товарищам по реабилитации и медицинскому персоналу.

Неизменно руководство отделения заботилось о разрушении сложившихся пар, почему-то считая это демонстрируемое взаимодействие пагубным для остальных. Однако нужно отметить, что наблюдающие со стороны пациенты скорее поощряли своих влюблённых товарищей к новым интимным отношениям, чем конфузились и выражали негодование. Кстати, негодовали обычно те, у кого действительно были сексуальные отклонения. Так, пациентка, которая за свои 60 лет лишь неделю жила с мужчиной и при этом осталась девственницей и страдавшая от любовного бреда к этому мужчине, была ярой противницей демонстрации привязанности.

Мы предлагаем рассматривать образование пар, как ресурсное состояние системы вообще, а не только отдельно взятых пациентов. Например, пара – это попытка создать интимное и чувственное пространство там, где наблюдается дефицит интимности, и чувственности. Это возможность напомнить о важности привязанности. К тому же быть близким вдвоём трудно, а на глазах у других безопаснее. Влюблённые, так или иначе, берут на себя ответственность друг за друга: провожают, навещают в болезни, посещают в больницах и т.д. Так пациентка с органическим заболеванием головного мозга и интеллектуальным снижением всегда стремилась опекать кого-то из мужчин отделения, называя своё отношение любовью. Это возмущало медицинский персонал и казалось поверхностным. Но она буквально делала всё, что могла, чтобы заботиться о выбранных объектах, как бы это не обесценивалось извне, она провожала их, ничего не требовала взамен, ходила для них в магазин и т.д. Безусловно, для многих пациентов она была ведущим фактором реабилитации.

Сексуализация отношений с медицинским персоналом. Часто можно столкнуться с ситуацией влюблённости/любви пациента к лечащему врачу или к любому другому работающему с пациентом специалисту. Об эротизированном переносе написано довольно много книг и статей, мы же хотим показать, насколько по-разному это чувство воспринимается специалистом и пациентом. Демонстрация привязанности к специалисту рождает у него страх и опасения перед сексуальным преследованием, в то же время у пациентов часто смысл привязанности связан с чем-то другим. Например, вспоминается практически анекдотичный случай признания в любви к врачу пациента. Лечащий врач был обескуражен и озадачен особенно, когда пациент вдруг достал из сумки чай и сахар – он хотел в буквальном смысле кормить своего возлюбленного врача, подпитывать его силы. Эта любовь скорее похожа на благодарность.

Влюблённость у бредовых больных. Ещё один тонкий, хрупкий момент – это влюблённость. Её и в норме часто сравнивают с болезнью из-за предполагаемого сужения сознания и нарушения критичности к характеристикам выбранного объекта. Влюблённость же у бредового больного часто воспринимается, как рецидив болезни. Вместо того, чтобы использовать это состояние как ресурс, чаще всего пациенту корректируется терапия. Хотя во время влюблённости поднимается настроение, повышается активность, эмоциональная диапазон расширяется, пациенты внешне начинают выглядеть лучше. И здесь ведь речь идёт о чисто психическом феномене, о пробуждении чувств у эндогенного пациента. Однако вместо поддержки или хотя бы нейтрального наблюдения за состоянием больного, он встречает обесценивание и настороженность. Врач медикаментозно налагает вето не только на возможность действия, например, сексуальный акт, но и на возможность чувствовать, а это уже похоже на сцену из антиутопии, где власть одного человека безгранична над другим.

Важно отметить, что мы встречаем много врачей, которые успешно справляются со своим властолюбием, но всё ещё это заслуга их личного профессионализма, а не системной работы всего отделения по помещению чувств и действий специалистов в профессиональный реабилитационный дискурс на благо пациентов.

Беременность. Одна из тех ситуаций, когда созданная для пациентов и зараженная проективной идентификацией система, зеркально отвечает и медицинскому персоналу. В психиатрическом отделении трудно приходится не только беременным пациенткам, но беременным специалистам. Беременность специалистов даёт выход фантазий о том, что ребёнок, возможно, зачат во время сессии, что служит агрессивному веселию пациентов и ярости специалистов. Шуточки, отпускаемые на этот счёт, можно услышать, просто проходя по отделению, причём, как в помещениях для пациентов, так и в кабинетах специалистов. Медицинский персонал в этих случаях захвачен вихрем сексуальности пациентов и… собственной сексуальностью.

Если задуматься о истоках злословия, то за ним легко разглядеть зависть, зависть к чужой фертильности. Часто от пациентов можно услышать миф, что им нельзя иметь детей – эта потеря рождает не только грусть и тоску, но и злость на счастливцев, которые могут позволить себе рожать. Этими же чувствам потери и злости охвачены старые специалисты или молодые, у которых семейная жизнь не сложилась. Интересно, что женщины, имеющие детей зависимого возраста, этим чувствам не подвержены.

До сих пор женщина, имеющая психиатрический диагноз, не имеет права, в глазах психиатров, рожать. Беременность психически больной женщины воспринимается, как проблема, недогляд лечащего врача, который в этом смысле становится кем-то вроде родителя. Часто лечащий врач испытывает стыд перед заведующим за беременность пациентки, будто в его функции входит и контроль за сексуальностью и контроль за телом больного. Беременность – это результат не жажды любви, телесного участия, а разнузданности сексуальных потребностей. И хотя многие врачи научились деликатно говорить об этом с пациентами, в кулуарах ординаторской проблема остаётся прежней: сексуальность психически больного должна быть управляемой. Человеческая потребность в любви, которая некоторыми пациентами не может быть удовлетворена на другом уровне, кроме как на уровне полового акта (возможность чувствовать себя единым с кем-то лишь телесно), медицинским персоналом трактуется, на высоком уровне морали.

Выводы. Мы можем предполагать, что всё, что происходит в медико-реабилитационном отделении, является своеобразным способом коммуникации пациента с людьми, оказывающими ему помощь. Наши наблюдения позволяют сделать вывод, что «половая недифференцированность» пациентов поддерживается медицинским персоналом, пациент как бы лишается пола. Сексуальное поведение скорее является псевдосексуальным и в связи с низким функционированием пациентов обнажает иные мотивы кроме удовлетворения сексуальных желаний: сепарации, власти. Настоящее удовлетворение сексуальных потребностей происходит за пределами отделения, его не афишируют.

Мы считаем, что иной взгляд на ситуации, которые в системе оказания психиатрической помощи традиционно считаются «стыдными» и «аморальными», с акцентом на поиске в них ресурсных состояний, поможет улучшить качество взаимодействия пациентов с помогающими специалистами, что, в свою очередь, позволит успешнее реализовывать цели и задачи реабилитации больных с тяжёлыми психическими расстройствами.

Список литературы:

1. Gabay P.M. Sexual behavior in patients with schizophrenia: a review of the literature and survey in patients attending a rehabilitation program / P.M. Gabay, M. Fernández Bruno, E. Roldбn // Vertex. – 2006. – 17(66). – P. 36-44.
2. Ogden, Thomas H. Projective Identification: Psychotherapeutic Technique / Thomas H. Ogden. – Lanham: Jason Aronson, 1977. – 247 c.
3. Sexual problems in patients with schizophrenia / D. Schöttle, D. Kammerahl, J. Huber et al. // Psychiatr Prax. – 2009. – 36(4). – P. 160-168.
4. Study of sexuality-related characteristics in young adults with schizophrenia treated with novel neuroleptics and in a comparison group of young adults / P. Fortier, J.P. Mottard, G. Trudel et al. // Schizophr Bull.- 2003. – 29(3). – P. 559 – 572.
5. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента / Х. Спотниц. – СПб.: ВЕИП, 2004. – 296 с.
6. Щеглов Л.М. Энциклопедия секса / Л.М. Щеглов. – СПб.: Алетейя, 2002. – 416 с.

Зислин И.

СТРАДАЛ ЛИ ЭДИП ЭДИПОВЫМ КОМПЛЕКСОМ? (ОТ АНТИЧНОГО МОТИВА К СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИКЕ)

(Независимый исследователь) Private Psychiatric Clinic, Иерусалим, Израиль

Эдип не страдал Эдиповым комплексом хотя бы потому, что не знал о его существовании, так же как люди Средневековья не подозревали о том, что живут в эпоху феодализма.

Нет сомнения, и этому есть многочисленные доказательства, что Софокл – реально существовавший автор трагедии «Царь Эдип», творивший в V в. до н.э., и древние эллины времен Эдипа (литературного и мифологического героя) четко осознавали определенные медицинские проблемы (в современном их понимании). Эдип – «страдающий герой» [Гринцер, 1998]. В раннем детстве по приказу отца ему подрезали сухожилия на ногах (в древнегреческом языке этимология имени Эдип восходит к значению «опухшие ноги»), и он страдал от хромоты. Этот физический недостаток Эдип, безусловно, осознавал

Однако свой эдипальный комплекс греческий герой «приобрел» и «распознал» только через две тысячи лет благодаря Зигмунду Фрейду, который выбрал его из огромного множества широко распространенных инцестуальных сюжетов древнего мира и современной ему литературы [Мелетинский, 1984; Климова, 2006]. Бульшая часть этих сюжетов говорит о сознательном, а не ошибочном, как у Эдипа, инцесте (например, инцестуальный брак или инцест во время оргиастических праздников) [Абрамян, 1983; Мелетинский, 1984; Березкин, 2006; Бутыркин, 2014; Garg, 2015; Archibald, 2001 и др.]. Мотив этот, как и менее популярный мотив о ложном инцесте, распространен в мифологии повсеместно – от Южной Азии и Африки до Скандинавии и Южной Америки [Березкин. Указатель].

Можно говорить, что в историческом плане Эдип порождает культурный сюжет [Адоньева, 2016], который, как мы постараемся показать в докладе, является стержнем для описания как ситуаций реальных, так и искаженных, а описание Эдипова комплекса в рамках психоанализа дает своеобразный «медицинский/психоаналитический императив».

В рамках нашего доклада, используя клинические примеры, мы остановимся на применении социологической теории Ульяма Томаса и Роберта Мертона [Мертон, 1968] о самоисполняющихся пророчествах в случаях рассказа пациента об инцестуальной травме и сексуальной аддикции. Основное положение этой теории гласит: “If men define situations as real, they are real in their consequences” («Если человек определяет ситуацию как реальную, она реальна по своим последствиям»). Бытование концепций такого рода (к ним могут быть отнесены, например, сексуальная аддикция, синдром множественной личности, синдром хронической усталости и т.п.) и вера в их существование позволяют психиатрам распознавать несуществующие явления, с легкостью их диагностировать и даже искать подходы к лечению (по теории Томаса, убеждение, что такие болезни реально существуют, приводит к реальным последствиям.) С другой стороны, сами пациенты, прошедшие психоанализ, «вспоминают» не просто индуцированные элементы, а именно те, к которым они культурно подготовлены.

По нашему мнению, широкое распространение жалоб об инцесте базируется, на следующих факторах:

- бытование и использование инцестуального сюжета в массовом сознании, позволяющая, например, обнаружить Эдипальное поведение (без кавычек) даже в животном мире [Wege, 2011].;
- (не)осознанное признание его этиологическим фактором;
- вытекающее отсюда понимание об освобождении от личной ответственности;
- появление выгоды (юридической, финансовой, психологической) от использования сюжета.

Индивидуальное воплощение сюжета может строиться на синдроме ложной памяти, лжи и симуляции.

Как и сюжет эдипальный, сюжет сексуальной аддикции может быть соотнесен с древними сюжетами о гиперсексуальных способностях мифических героев – обычно через описание гипертрофированных половых органов [Березкин. Указатель].

Поведение типа Sexual Addiction встречается в рамках психоза, маниакального состояния, органических мозговых нарушений (типа лобного синдрома), нарушений личности, наркомании и т. п. Диагностические критерии сексуальной аддикции неоднократно описаны в литературе [Goodman 2009, Егоров 2007], однако попытки выделения такого нарушенного поведения в отдельную нозологическую единицу именно с упором на аддикцию (с середины 70-х гг. прошлого века) привели к широкому распространению этого диагноза [Gold, 1998; Bancroft, 2013; Rosenberg K., 2014; Смирнов, 2015 и др.] и, что более важно, – принятию его обществом, что выразилось во вспышке «аддиктивных» жалоб со стороны обращающихся за психиатрической помощью.

Необходимо подчеркнуть: когда мы говорим об аддикциях любого типа (в основном об аддикциях нехимического плана – таких, например, как игромания, интернетзависимость, аддикция любовная и т.п.), а тем более об аддикции сексуальной, мы не должны упускать из виду существенный момент – наличие или отсутствие осознанного страдания от своего поведения (критерий эгодистонность / эгосинтонность) и желание избавиться от него. Без этих двух критериев все остальные теряют смысл и «аддикция» из синдрома превращается просто в тип социально осуждаемого поведения. Нам кажется, что именно в подобных случаях проявляется необходимость в градуировании симптомов по важности (весу).

При рассмотрении фантастических рассказов пациентов об их сексуальной аддикции (по структуре их можно сравнить, например, с рассказами о похищении людей инопланетянами или современными рассказами о вампирах) обращает на себя внимание явление, которое можно обозначить как перевернутая самостигмация, или псевдостигмация, когда клиент самоназывает себя страдающим, например от аддикции, для (само)оправдания недопустимого поведения. В отличие от симуляции он не стремится к вторичной выгоде – происходит лишь самоназывание для избегания социальной ответственности. Здесь нет желания получить роль больного (в отличие от синдрома Мюнхгаузена), поскольку такие пациенты не считают себя больными (и это сближает псевдостигмацию с симуляцией).

Дополнительными критериями, позволяющими отличить псевдостигмацию от симуляции, можно считать:

a) рассказ об аддикции базируется на рассказе о реальном сексуальном поведении;

b) аффект при обследовании – чаще повышенный, никогда не депрессивный;

c) отсутствие эгодистонности;

d) полное осознание обследуемым того, что то, что он сам называет патологией и болезнью (на самом деле патологией не является). То есть рассказ идет не о реальной (что очень важно, в глазах обследуемого) болезни, а болезни выдуманной.

На наш взгляд, вспышка инцестуальных и сексуально- аддиктивных нарративов / жалоб является следствием нескольких важных факторов современной эпохи, а именно:

a) разделение понятий гендер / пол как в сознании коллектива, так и в (под)сознании индивидуума;

в) доминирование «гендера» над «полом» в том смысле, что социокультурный компонент стал преобладающим и главенствующим, отодвинув биологический компонент на второй план, особенно в случае реализации архаического мотива;

c) доминирование текста / дискурса в реальной жизни и уравнивание события и рассказа о событии (см. например критерии PTSD в DSM).

d) явление, которое можно обозначить как «медикализация снизу», –ситуация, когда публика, а не врачи используют медицинскую парадигму для объяснения и маркирования определенных типов поведения, причем мотивы при этом могут быть совершенно различными.

Мы не хотим сказать, что сюжет однозначно детерминирует поведение, хотя и такие случаи имеют место. Примером может служить нежелание или запрет на распространение информации о

способах совершения преступления в уголовной хронике. Такое положение базируются на предположении, что рассказ о способе может подтолкнуть и подсказать пути действия другим лицам.

Но снова подчеркнем: взаимоотношение между сюжетом и типом коллективного, а тем более индивидуального действия, особенно сюжетом мифологического склада, остается более сложным и непредсказуемым особенно если учитывать его часто бессознательную природу. Знание (даже неосознанное или архетипическое) мифологического мотива вкупе с социальным/культурным императивом на определенном этапе может породить вспышку соответствующего типа поведения, а за ней – эпидемию псевдопсихиатрических жалоб. Именно это и произошло в последние пятьдесят лет в области сексуального поведения.

Список литературы:

1. Абрамян Л. А. Первобытный праздник и мифология. Ереван, 1983.
2. Адоньева С. Дух народа и другие духи. СПб., 2016.
3. Березкин Ю. Е.Тематическая классификация и распределение фольклорно-мифологических мотивов по ареалам // http://starling.rinet.ru/cgi-bin/response.cgi?root=%2Fusr%2Flocal%2Fwww%2Fdata%2Fberezkin&morpho=0&basename=%5Cdata%5Cberezkin%5Cberezkin&first=61
4. Березкин Ю. Е. Фольклорно-мифологические параллели между Западной Сибирью, северо-востоком Азии и Приамурьем – Приморьем (К реконструкции раннего состояния сибирской мифологии) // Археология, этнография и антропология Евразии 3 (27) 2006.
5. Бурыкин А. Эдип в свете этнографии. Хантыйские сказки и древнегреческий миф // Вестник угроведения (18). 2014. № 3.
6. Гринцер Н. Миф о страдающем герое. Эдип и его мифологическая история // ΠΟΛΥΤΡΟΠΟΝ. К 70-летию Владимира Николаевича Топорова. М., 1998.
7. Егоров А. Нехимические зависимости. СПб., 2007.
8. Климова М. К истории «Эдипова сюжета» в русской литературе // Вестник ТГПУ. 2006. Вып. 8 (59). Серия: Гуманитарные науки (Филология).
9. Мелетинский Е. М. Об архетипе инцеста в фольклорной традиции (особенно в героическом мифе // Фольклор и этнография. У этнографических истоков фольклорных сюжетов и образов. Л., 1984.
10. Мертон Р. Самоисполняющееся пророчество (Теорема Томаса) Robert K. Merton, Social Theory and Social Structure, Free Press, 1968 // http://socioline.ru/pages/r-merton-samoispolnyayuscheesya-prorochestvo-teorema-tomasa
11. Смирнов А. Базовые психологические компоненты аддиктивного поведения в структуре интегральной индивидуальности // АДД. Екатеринбург, 2015.
12. Archibald E. Incest and the Medieval Imagination. Oxford University Press. 2001.
13. Bancroft Sexual Addiction // In Principles of Addiction Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders, 2013. Vol. 1. P. 855–861.
14. Garg N. Incest in Greek Mythology: Psychological and Sociological Aspects Today // Internationl Journal of English Language, Literature and Humanities. V 3.2015.
15. Gold S, Heffner S. Sexual Addiction: Many Conceptions, Minimal Data // Clinical Psychology Review Vol. 18. Issue 3. April 1998.
16. Goodman A. Sexual Addiction Update Assessment, Diagnosis, and Treatment // Psychiatric Times Volume: 26. 2009/ http://www.psychiatrictimes.com/addiction/sexual-addiction-update-assessment-diagnosis-and-treatment
17. Rosenberg KP et al. Evaluation and Treatment of Sex Addiction // J Sex Marital Ther. 40(2) 2014
18. Wege M et al. Oedipus complex in an Antarctic fur seal pup?// J Ethol. 29:505. 2011

Искандарова Ж.М.

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы изучения особенностей аффективной сферы у женщин с эндогенными психозами вызвана ростом числа заболеваемости и трудностью диагностики данной патологии [1]. В большинстве современных источников невротические тревожные и фобические расстройства входят в число симптомов, усложняющих картину психоза и требующих коррекции в рамках терапии периодов обострения [2]. Однако в этих случаях недостаточно выделяется роль расстройств тревожно-фобического круга в качестве отдельных психических проявлений, определяющих задержку на стационарном этапе лечения больных шизофренией и требующих направленной и специфической терапии [3]. В связи с этим актуальной проблемой является изучение роли тревожно-фобических расстройств при необоснованно долгом пребывании в стационаре больных шизофренией и шизоаффективными психозами в стадии установившейся ремиссии при наличии возможностей выписки из стационара. Особенности эмоционального реагирования, многообразные варианты тревожно-фобических расстройств у женщин с учётом личностных особеннностей всегда привлекали к себе внимание исследователей как клинических, так и психодинамических школ [2, 4]. Ежегодно около 100 млн. жителей нашей планеты обнаруживают признаки депрессии, причём у женщин риск возникновения и рецидива депрессивного расстройства в два раза выше по сравнению с мужчинами. Установлено, что частота возникновения тревожно-фобических и депрессивных расстройств возникает у женщин с шизоаффективной патологией в зависимости от конституционально-личностных особенностей, а также у женщин с низким социально-экономическим статусом [5].

Цель исследования и задачи: изучить особенности аффективной сферы у женщин с эндогенными психозами для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики и психокоррекционных мероприятий.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 50 женщин с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами шизофренического спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катамнестический. Тест-программа А.Г. Жиляева – Ф.Н. Хуснатдинова позволяла по векторному принципу выделять преобладание в структуре тревожно-фобических расстройств (агорафобические, социофобические и панические расстройства). В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения личностных особенностей был использован опросник мини-мульта (MMPI).

Результаты и обсуждения: из 50 больных с эндогенными психозами, возникшим в сочетании с тревожно-фобическими расстройствами у 40% диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 45% обследованных – шизоаффективное расстройство, маниакальный тип F-25.0, у 15% смешанный тип шизоаффективного расстройства F-25.2. В картине шизоаффективных состояний выявленные аффективные бредовые проявления были более фрагментарные и несистематизированные и формировались зачастую параллельно с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55% обследованных; более чем у половины пациенток было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациенток – констатировалась выраженная тревога. Тревожно-фобические нарушения были определены по тесту А.Г. Жиляева – Ф.Н. Хуснатдинова агорафобическими, социофобическими и паническими расстройствами. В группе исследуемых пациенток психогенно обусловленные тревожно-фобические расстройства

обнаруживаются в 88% случаев. Имеющие место тревожно-фобические расстройства, как правило, не выходят за рамки депрессивных реакций, коррелируют с интенсивностью шизоаффективной патологии. При исследовании конституционально-личностных особенностей с помощью опросника мини-мульта (MMPI) было выявлено, что личностные особенности обследованных пациентов не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных демонстративный тип личности встречался у 5 больных (10%), застревающий тип личности у 14 больных (28%), дистимический тип был выявлен в 40% случаев (20 обследованных), тревожно-боязливый тип у 6 больных (12%), в 10% случаев был выявлен эмотивный тип личности. По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто тревожно-фобические расстройства встречались у лиц с дистимическим и тревожно-боязливым типами личности. На фоне воздействия психотравмирующей ситуации легко возникали депрессивные расстройства тяжёлой и крайне тяжёлой степени по шкале Гамильтона. Депрессия средней степени тяжести была выявлена у 25% больных, их возникновение было связано с семейными конфликтами. У лиц с застревающим типом личности в 75% случаев была выявлена депрессия тяжёлой степени по шкале Гамильтона, депрессивные расстройства средней и крайне тяжёлой степени встречались в 12,5% случаев. Лёгкое депрессивное расстройство по шкале Гамильтона было выявлено у 2 пациенток с демонстративным типом личности. В остальных случаях у лиц с демонстративным типом личности было выявлено депрессивное расстройство средней степени тяжести. При тревожно-боязливом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжёлой степени. Среди всех обследованных эмотивный тип личности встречался в 10% случаев, и для этих пациенток характерным было развитие депрессии средней степени тяжести. В зависимости от типа личности пациенткам были присущи такие черты, как неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, недостаток инициативы, зависимость от порядка и авторитетов. Пациентки стремились к перфекционизму, предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности, нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе приводил к формированию чувства вины как следствие стремления быть совершенной и невозможности реализовать его. Так же была выявлена такая черта характера, как склонность к патологическому фантазированию и мечтательности (демонстрация большего благополучия, чем это есть на самом деле), которая, в свою очередь, обусловливала завышенную самооценку. Развитие депрессии оказывало негативное влияние на работоспособность, на отношение к семье, самооценку, адаптацию в социуме. Для всех обследованных характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени, затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе. Больные с тревожно-боязливым типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести. Больные с эмотивным типом личности с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятной обстановке в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне. У пациенток с тревожно-боязливым и застревающим типом личности на фоне депрессии тяжёлой степени сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные установки, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли. У женщин с дистимическим типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями, при этом депрессия средней степени тяжести в 100% случаев возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия крайне тяжёлой и тяжёлой степени развивалась вследствие нарушения взаимоотношений на работе. Твёрдая жизненная позиция, характерная для данного типа личности, позволяла сохранять высокий уровень общего чувства благополучия. Женщины с демонстративным типом личности при наличии депрессии средней степени тяжести субъективно отмечали незначительное ухудшение социального взаи-

модействия и физического здоровья, в то время как объективные данные соответствовали степени тяжести аффективных расстройств. При наличии депрессии легкой степени тяжести женщины с демонстративным типом личности указывали на ухудшение физического здоровья и способность функционировать в повседневной жизни. Такая картина связана с наличием у женщин с демонстративным типом личности патологического фантазирования, завышением самооценки, замещением реальной жизни мечтой

Выводы: определение тревожно-фобических, депрессивных расстройств и конституционально-типологических особенностей личности пациенток с патологией шизоаффективного регистра даёт возможности определить более глубокий уровень тревоги и степень тяжести депрессии, полиморфизм клиники, является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, позволяет более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов воздействия с учётом личностных особенностей.

Список литературы:

1. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства. / Мосолов С.Н. М. 2007. – с. 58-69.
2. Смулевич А.Б. К эпидемиологической характеристике больных с тревожно-фобическими расстройствами / Смулевич А.Б., Гушанский И.Э., Ротштейн В.Г., Козырев В.Н.и др. // Тревога и обсессии М., 1998. – с. 54-65.
3. Ротштейн В.Г. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств / Ротштейн В.Г., М.Н.Богдан, М.Е.Суетин // Психиатрия и психофармакология. 2005. – Т.7, №2.
4. Ротштейн В. Г., Богдан М. Н., Долгов С. А. Депрессии и коморбидные расстройства / под редакцией А Б. Смулевича. – М., 1997- – 308 с.
5. Бологов П. В., О клинической дифференциации шизоаффективного психоза (в соавт. с В. И. Дикой, А. Н. Кореневым). //Материалы научно-практической конференции с международным участием “Аффективные и шизоаффективные психозы”. Москва 1998. С.22-34.

Каменсков М.Ю.

ДИАГНОСТИКА ПАРАФИЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИНАКУЛЯРНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ТРЕКИНГА

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, Москва

Введение. Преступления против половой неприкосновенности являются одним из наиболее тяжких видов преступлений, рост которых отмечается как в России, так и в зарубежных странах (Великобритании, Канаде, США). Одним из самых значимых предикторов рецидива сексуальных преступлений является наличие девиантного сексуального предпочтения. В связи с этим необходимо подчеркнуть важность надежной и валидной диагностики парафилий. Сравнительно новым методом, который в настоящее время активно разрабатывается в Канаде и Германии, является исследование глазного поведения при просмотре эротических стимулов. Анализ трекинга глаз представляет собой многообещающий и перспективный подход к оценке сексуального интереса. Особенно важна данная технология при обследовании судебно-психиатрического контингента, поскольку анализ самых ранних процессов восприятия не поддается сознательному контролю.

Цель исследования. Выявить особенности восприятия эротически значимой информации у лиц с расстройствами сексуального предпочтения посредством трекинга глаз.

Материал и методы. Было обследовано 22 подэкспертных зрелого возраста мужского пола, привлекавшихся к уголовной ответственности за совершение противоправных действий в отношении детей и прошедших комплексную сексолого-психиатрическую экспертизу в Центре им. В.П. Сербского. В первую группу вошли лица с расстройствами сексуального предпочтения в виде гетеросексуальной и бисексуальной педофилии (12 человек), вторую – группа сопоставления – составили подэкспертные без признаков парафильного расстройства (10 человек). В первой группе коморбидные психические расстройства были представлены расстройствами личности (тревожное, шизоидное и смешанное) – 58,4%, а также диагностировалась параноидная шизофрения в стадии ремиссии – 8,3%. Остальные подэкспертные не имели клинических признаков психических расстройств помимо парафилии (33,3%). В группе сопоставления также в большом проценте случаев отмечались расстройства личности (эмоционально-лабильное, смешанное) (20%), органическое расстройство личности (40%), параноидная шизофрения в стадии ремиссии (10%). Психически здоровыми были признаны 30%. Обе группы различались по нозологическому составу только в отношении органических психических расстройств (p=0,03 по критерию Фишера). Применялись клинико-психопатологический, сексологический, психофизиологический и статистический (создание корреляционных матриц, применение параметрических и непараметрических критериев, многомерное шкалирование, временной анализ рядов данных) методы. При проведении трекинга глаз использовалась высокоскоростная система дистанционного бинокулярного трекинга – SMI iView X RED (SensoMotoric Insruments, Germany), представляющая собой бесконтактную и неинвазивную технологию, которая позволяет с высокой точностью измерять и анализировать движения глаз с определением направления взора, что дает возможность исследовать процессы зрительного восприятия. В ходе эксперимента предъявлялись эротические стимулы на жидкокристаллическом мониторе, расположенном на расстоянии 65-70 см от глаз. Использовались гомосексуальные, гетеросексуальные и педофильные визуальные стимулы, которые предъявлялись в центре экрана четырежды со временем экспозиции 15 000 мс.

Результаты и их обсуждение. Анализ саккадической активности при предъявлении эротически релевантной информации показал, что для первой группы была характерна сниженная саккадическая активность (по сравнению с группой сопоставления) при просмотре нормативного и педофильного стимулов, что отражалось в низких значениях количества и частоты саккад, их скорости, ускорения и амплитуды. Учитывая, что саккадическая активность в большей степени отражает состояние когнитивных функций, можно предположить, что у лиц с педофилией таковые оказываются сниженными по сравнению с группой сопоставления. В то же время в первой и второй группах были получены высокие показатели латентного времени саккад при предъявлении стимулов,

входящих в структуру сексуальных предпочтений, что позволяет дифференцировано оценить значимость стимула по данному параметру. Также следует отметить особенности направления вектора общей траектории саккад: если для второй группы лиц саккады локализованы в основном в области лица, то у лиц с парафилиями зона саккадической активности смещена ближе к эротической области – груди, гениталиям. Координаты размещения саккад говорят о том, что эрогенные зоны изучается этой когортой лиц активнее. Кроме этого, выявлены характерные для лиц первой и второй групп особенности динамики саккадической активности. При применении временного анализа с использованием преобразования рядов данных по Фурье оказалось, что в группе лиц без парафилий при предъявлении нормативного и педофильного стимулов в начале экспозиции слайда отмечаются саккады, близкие с высокоамплитудным, что свидетельствует об охвате изображения в целом. В последующем, через короткий промежуток времени формируется зона внимания, которая подлежит детальному изучению, в виду чего регистрируются саккады низкой амплитуды. Среди лиц с педофилией подобных закономерностей не наблюдалось. Оказалось характерной перемежающаяся средне- и низкоамплитудная саккадическая активность без формирования стойкой зоны внимания к какой-либо области фотографии, что говорит о менее целенаправленном изучении эротических объектов.

При анализе фиксационной активности были обнаружены ее высокие значения при предъявлении эротически значимой информации. Так, при педофилии при предъявлении девиантного стимула отмечаются низкие значения дисперсии фиксаций при большей длительности просмотра самого стимула, что говорит о детальном изучении педофильных стимулов. В группе сопоставления данные параметры таким же образом изменялись при предъявлении нормативного гетеросексуального стимула. Анализ фиксационной активности по зонам интереса (лицо, грудь, гениталии), показал, что подэкспертные с педофилией в большей степени обращают внимание на лицо и гениталии педофильного объекта, демонстрируя менее структурированное его изучение. В группе же сопоставления обследуемые обращают внимание на лицо, и лицевая зона является основным предметов интереса.

Заключение. Полученные результаты позволяют говорить о том, что трекинг глаза может являться вполне перспективной и высокопотенциальной диагностической методикой расстройств сексуального предпочтения. В отличие от других способов диагностики – пениальной плетизмографии, тестирования на полиграфе, времени просмотра эротических стимулов – трекинг глаз позволяет регистрировать малоосозноваемые и неконтролируемые паттерны визуального исследовательского поведения. Полученные данные демонстрируют различия в организации восприятия эротически значимой информации лицами с парафильными расстройствами и контингентом лиц без психосексуальной патологии. При педофилии оказывается характерным фрагментарное, деперсонифицированное и сексуализированное восприятие демонстрируемых эротических объектов наряду с менее организованным глазным поведением. Это, в свою очередь, будет предопределять ограниченность самой поведенческой программы, в т.ч. в ситуации совершения общественно опасного деяния.

Ким Д.П., Ашуров З.Ш.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Республиканский наркологический центр, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Термин «алкоголизм» вошел в литературу для обозначения совокупности патологических изменений, возникающих в организме под влиянием длительного, неумеренного употребления алкоголя, по аналогии с термином «алкоголизм хронический», введенным в 1849 году шведским врачом и общественным деятелем Гуссом [1, 4]. Изучение социальных аспектов неумеренного потребления алкоголя населением привело к тому, что понятие «алкоголизм» получило более широкое толкование; социологи, социал-гигиенисты, экономисты и юристы включают в понятие «алкоголизм» также вредные его последствия для общества. Алкогольная зависимость нередко характеризуется быстрым формированием основных клинических симптомов и синдромов болезни, а также ранним появлением и ускоренным нарастанием когнитивных нарушений, алкогольных изменений личности и социальной дезадаптации [3]. В связи с относительно быстрым развитием заболевания, молодым возрастом начала заболевания, резистентностью к терапии, а также достаточно широкой распространенностью, лечение алкоголизма представляет собой важную и актуальную проблему в наркологии. Употребление алкоголя является главным фактором риска летальности мужчин в возрасте 15-59 лет, что обусловлено высокой частотой травм, физического насилия и заболеваний сердечно-сосудистой системы в данной популяции. Частота летальных исходов среди мужчин во всем мире в результате употребления алкоголя составляет 6,2% [2, 5]. В современных исследованиях пытаются не только глубже понять патогенетические механизмы этих различий, но и выделить связи и факторы, обусловливающие их.

Цель исследования. Определить эффективность медикаментозной и психотерапевтической коррекции у больных алкоголизмом с учетом гендерных особенностей.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач было проведено обследование, лечение и последующее катамнестическое наблюдение 70 больных алкоголизмом в возрасте от 25 до 37 лет, 42 мужчины и 28 женщин. Исследование проводилось на базе Республиканского наркологического центра. Все больные проходили лечение на добровольной основе в стационарных условиях в 2014-2018 годах. Оценка соматического и психического состояния, сбор анамнестических и катамнестических сведений осуществлялся врачом психиатром-наркологом (все случаи – личные наблюдения диссертанта).

Наличие у всех исследованных полностью сформированного синдрома зависимости от алкоголя (F10.24, Fl0.26 по МКБ-10), или 2-ой стадии алкоголизма.

Основными методами исследования в работе являлись:

- клинико-психопатологический;
- клинико-катамнестический (длительность катамнеза от 6 месяцев более 2 лет);
- социометрический;
- экспериментально-психологический.

Нарушение социальной адаптации больных алкоголизмом вследствие эмоционально-личностных и когнитивных нарушений включает в себя потерю социально направленных чувств, недоверие к ближайшему окружению, негативное отношение к требованиям общепризнанных норм, конфликтность, неадекватность оценки собственных возможностей. У больных алкоголизмом выраженные нарушения приспособления напрямую связаны с имеющимися психическими нарушениями. Таким образом, возникающий при прогрессировании алкогольной зависимости эмоционально-личностные и когнитивные нарушения значительно утяжеляет ситуацию, приводя к многим негативным социально- значимым последствиям.

Лечение больных начиналось в стационаре. Длительность стационарного лечения составила в среднем 21 день. На этом этапе осуществлялась дезинтоксикационная, симптоматическая, седативная терапия, которая была направлена как на максимальное облегчение симптоматики,

связанной с отменой алкоголя, так и на коррекцию поведения пациентов в зависимости от их психического состояния, интенсивности патологического влечения к алкоголю, выраженности абстинентных, аффективных и психопатоподобных расстройств. Совокупность данных факторов определяла выбор препаратов, их дозы, выбор психотерапевтических методик, интенсивность и длительность психотерапевтического воздействия.

По выписке из стационара на этапе амбулаторного лечения, длительностью до 4 месяцев, осуществлялась поддерживающая психофармакотерапия в комбинации с психотерапевтическим воздействием, направленная на достижение стойкой ремиссии, коррекцию резидуальных расстройств: патологического влечения к алкоголю, психопатоподобных, неврозоподобных и аффективных нарушений, а также морально-этического снижения.

Мишенью применения описываемого метода являются психические и поведенческие нарушения, обусловленные синдромом зависимости от алкоголя.

В состоянии алкогольной абстиненции 27 пациентов (38,6%) совершали агрессивные действия. Резкое обострение патологического влечения к алкоголю, особенно ярко выраженное в абстиненции, зачастую определяло все поведение пациента, которое направлено исключительно на поиск спиртного. В психическом статусе в таких случаях отмечались психомоторное возбуждение, брутальность, некритичность к своим высказываниям и поступкам, нередко – шантажные действия (например, угроза близким и персоналу лечебного учреждения суицидом, нанесением самоповреждений или отказом от лечения) и хулиганские действия. Своевременное патогенетически обоснованное лечение проявлений синдрома отмены алкоголя позволяло предупредить агрессивные действия таких больных.

Изучение личностных и поведенческих особенностей пациентов с алкогольной зависимостью, как у мужчин, так и у женщин показало, что эти больные испытывали затруднения с определением своих ведущих потребностей. Для таких пациентов характерно нарушение процессов целеполагания, определенный пессимизм (негативное прогнозирование) при достижении поставленных целей. Отличительной чертой у пациентов мужского и женского пола, являлся регресс (или нивелирование) определенных сторон личности больных – прежде всего это касается структуры ценностей и морально-этической сферы. Проведенное клинико- патопсихологическое исследование у больных алкоголизмом указывает на тесную связь от гендерных особенностей в процессе прогрессирования зависимости от алкоголя.

При систематическом злоупотреблении алкоголем у пациентов мужского пола формируется склонность к эксплозивным реакциям, снижаются самоконтроль и фрустрационная устойчивость, появляется аффективная лабильность, изменяется иерархия ценностей. Эти факторы повышают вероятность реализации агрессивных тенденций. У большинства мужчин больных алкоголизмом (36 человек – 86%) агрессия направлялась, как правило, на ближайшее окружение, что приводило к деструктивным изменениям в сфере семейных взаимоотношений, запускало порочный круг созависимости. Эмоционально-личностные нарушения в поведении больных алкогольной зависимостью у большинства пациентов женского пола (20 человек – 71%), выражались в основном в стремлении немедленно реализовывать свои внезапно возникшие желания в соответствующих действиях, отсутствием навыков самоконтроля, неумением распознавать свои эмоции и управлять ими, импульсивностью.

Больным алкоголизмом, и мужчинам (63%) и женщинам (71%) была свойственна, как правило, низкая мотивация на лечение и формальное отношение к нему. Их госпитализация в наркологический стационар часто была обусловлена настоянием родственников, реже – начальства, либо нахождением в судебно-следственной ситуации. Прогноз лечения ухудшался также в связи с тем, что у пациентов обнаруживались эмоциональные расстройства, у мужчин (60%) преимущественно дисфорического спектра, у женщин (40%) тревожного спектра. Эффективность лечения достигалась лишь при непрерывности и согласованности комплексного психофармакологического и психотерапевтического воздействия, в условиях постоянного взаимодействия врачей психиатра-нарколога и психотерапевта, а также внимательной и кропотливой работы специально подготовленного среднего и младшего медицинского персонала отделения.

Выводы. Таким образом, психотерапия была обращена к целостной личности пациента, и указанные цели реализовывались в ходе психотерапии с использованием трех «инструментов» воздействия – когнитивного (познавательного), эмоционального и поведенческого. Соответственно и планируемые психотерапевтом изменения, связанные с психотерапевтической динамикой, лежали в данных плоскостях – когнитивной, эмоциональной и поведенческой.

В когнитивном аспекте психотерапевтическая динамика реализовывалась через интеллектуальное осознание. При этом упор делался на осознание таких аспектов, как расхождение между восприятием себя самим (собственный образ «Я») и восприятием другими людьми;

В сфере эмоций психотерапия преследовала своей целью помочь больному получить опыт эмоциональной поддержки (от психотерапевта или психотерапевтической группы); научиться понимать, искренно проявлять и описывать словами (вербализировать) свои чувства; корригировать свои чувства в отношении себя самого и других людей.

Список литературы:

1. Абабков В.А. Проблема научности в психотерапии. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008. – 76 с.
2. Айвазова А.Е. Психологические аспекты зависимости. СПб.: Речь, 2003. -120 с. ISBN 5-9268-0162-1,3000 экз.
3. Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. – Л.: Медицина, 2008. – 224 с.
4. Carroll K.M., Gender differences in treatment-seeking cocaine abusers: Implications for treatment and prognosis // American Journal on Addictions, 2009. – Vol. 8. – P. 300–311.
5. McCardle K., Luebbers S., Carter J.D., Croft R.J., Stough C. Chronic MDMA (ecstasy) use, cognition and mood // Psychopharmacology (Berl.). – 2004. – Vol. 173 (3–4). – P. 434–439.

Копытов А.В., Копытов Д.А., Синевич А.А.

СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНЫЙ СТАТУС У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Актуальность. Среди заболеваний, отражающихся на качестве жизни пациентов, значительную роль играют хронические расстройства, длительно нарушающие социальное и микросоциальное функционирование человека. В структуре хронических психических расстройств особое место занимает алкогольная зависимость.

Данное заболевание несет за собой не только индивидуально-личностные последствия для пациента, но и социально-экономические. Распространенность алкоголизма среди взрослого населения достигает около 10%.

Синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм) - хроническое прогрессирующее заболевание, на развитие и клинические проявления которого влияют генетические, психосоциальные факторы и условия окружающей среды. Алкоголизм проявляется утратой самоконтроля, неудержимой тягой к спиртному, продолжением злоупотребления алкоголем, несмотря на неблагоприятные последствия для здоровья, социального статуса, семейных и супружеских отношений, а также когнитивными нарушениями (от отрицания очевидного пристрастия к спиртному вплоть до развития грубых интеллектуально-мнестических расстройств и деградации личности).

Учитывая особенности течения алкогольной зависимости, а также сложности социальной и микросоциальной адаптации в период ремиссии заболевания, большую актуальность представляет изучение таких важных составляющих качества жизни, как сексуальная активность и сексуальное благополучие.

По данным литературы [1] в России к половой жизни неспособны свыше 10 млн мужчин в возрасте от 20 до 50 лет. Частота сексуальной дисфункции у мужчин с алкогольной зависимостью, по данным ряда авторов колеблется от 3,9% до 83,0% [2]. Также считается, что этиологическим фактором сексуальной дисфункции у мужчин в 19,6% случаев является алкоголизм [3]. Учитывая отсутствие до настоящего времени единого подхода в комплексе лечебно-диагностических мероприятий у больных алкогольной зависимостью с сексуальными дисфункциями, а также современный уровень развития и достижения в области сексологии и наркологии, обозначенная проблема приобретает особую актуальность. При этом наряду с медикаментозными и физиотерапевтическими методами, особое место занимает психотерапевтическое лечение, невозможное без изучения влияния личности на сексуальные расстройства и личностных особенностей пациентов с алкогольной зависимостью.

В последнее время более доступной для населения стала полноценная диагностика нейрогуморальной и эрекционной составляющих копулятивного цикла. Как в сексологии, так и в наркологии, появились новые лечебно-диагностические подходы и новые лекарственные препараты. В лучшую сторону стало изменяться отношение населения к психологическим и психотерапевтическим методам диагностики и лечения, как расстройств сексуальной сферы, так и болезней зависимости. Изменились представления о норме и патологии в сексуальности человека, а также морально-этические и социальные установки, касающиеся алкоголизации, в том числе слабоалкогольными напитками.

Приобретает актуальность также уточнение этиологии и патогенеза сексуальных дисфункций у больных алкогольной зависимостью, а также влияние сексуальных дисфункций на формирование алкоголизма и уровни его терапевтической ремиссии.

Борьба с алкоголизмом не должна ограничиваться лишь изучением клиники, лечения и профилактики собственно алкоголизма, поскольку имеется ряд заболеваний, развивающихся как следствие алкоголизма. При этом мы имеем в виду не только психические и неврологические расстройства, поражение внутренних органов, но и такие нарушения, которые, возникая как следствие алкоголизма, сами становятся фактором, поддерживающим злоупотребление алкоголя. К ним относятся разнообразные половые расстройства, которые нередко являются причиной рецидивов алкоголизма. Половые расстройства как следствие алкоголизма могут развиваться в результате

нарушения функций периферического полового аппарата (например, простаты), расстройства нейрогуморальной регуляции, изменений личности, обуславливающих нарушение интерперсональных отношений в семье и т.д.

По данным Е.В. Кришталя, у мужей, больных алкоголизмом женщин, в силу парного характера сексуальной функции нередко отмечаются сексуальные расстройства, проявляющиеся в снижении либидо, ухудшении качества эрекций, преждевременном семяизвержении, психологической и сексуальной аверсии, а в 22% случаев имеет место полный отказ от половой жизни с супругой, которая перестает вызывать какие-либо сексуальные желания, либо у мужчины возникает непреодолимое отвращение к интимным контактам с ней. Впрочем, алкоголизм у мужа (даже при отсутствии выраженных нарушений потенции) также весьма отрицательно влияет на качество половой жизни в браке, поскольку большинство женщин весьма негативно относится к сексуальной близости с пьяным супругом.

К факторам, влияющим на злоупотребление алкоголем у мужчин можно отнести особенности половой сферы и семейно-социальный статус, которые в некоторых случаях отрицательно влияют на алкогольное аддиктивное поведение.

Необходимо отметить, что сексуальная дисфункция у одного из партнеров, его систематическое неправильное поведение в ходе интимной близости приводят к частым сексуальным фрустрациям и нарастанию эмоционального и физического дискомфорта у другого партнера, который может сниматься регулярным употреблением спиртного. Некоторые мужчины систематически прибегают к приему алкоголя перед близостью, используя его для удлинения полового акта. В отдельных случаях алкоголь выступает как средство, стимулирующее половую активность (обычно у тревожных, неуверенных в себе лиц). Подобная практика нередко перерастает в злоупотребление спиртными напитками и может привести к развитию алкогольной зависимости. Возникновение либо усугубление расстройств половой сферы у больных алкоголизмом требует сочетанного лечения как алкогольной зависимости, так и сопутствующих сексуальных дисфункций.

В публикациях, посвященных половым расстройствам при алкоголизме до сих пор нет единой точки зрения на то, почему в некоторых случаях алкоголь оказывает определенное стимулирующее действие на половую функцию, а после лечения алкоголизма нередко наблюдается утрата способности к половой жизни. Нет также четких данных о корреляции между стадией алкоголизма, особенностями личности и социальных установок больных, межличностными отношениями супругов в семьях алкоголиков, квантифицированными показателями половой конституции и конституциально модулированными индексами половой активности, с одной стороны, и характером половых расстройств, их основными синдромами и особенностями взаимодействия последних – с другой.

Вопросы сочетания и взаимовлияния алкоголизма и половых расстройств далеко выходят за рамки патофизиологии и при несомненном теоретическом интересе имеют практическое значение. Последнее не ограничивается только клиникой половых расстройств, а имеет прямое отношение к некоторым проблемам борьбы с алкоголизмом. Так, даже в некоторых специальных работах алкоголь рекомендуется как некое лечебное средство от половой слабости [4]. Есть все основания полагать, что данная рекомендация для соответствующей аудитории будет служить оправданием злоупотреблением алкоголем. Следует добавить, что сами больные алкоголизмом склонны культивировать версию не только о «лечебном» действии алкоголя, но и о вреде противоалкогольного лечения, якобы вызывающего импотенцию. Подобную пропаганду можно преодолеть, лишь опираясь на убедительные и достоверные факты. При этом прямолинейное утверждение, что «пить вредно», может вызвать только оппозиционную реакцию, так как многим пациентам известно, что другие пьют годами, а половых расстройств у них не наступает. Эти пациенты вместо того, чтобы с лечебной целью полностью прекратить употребление алкоголя, ждут помощи от какой-то «чудодейственной таблетки».

Таким образом, исследование вопроса о действии алкоголя на половые функции мужчин представляет один из аспектов научной разработки актуальной в настоящее время проблемы борьбы с АЗ.

Цель: определить особенности сексуальной сферы и удовлетворенность браком у лиц мужского пола, страдающих алкогольной зависимостью (АЗ) для обоснования эффективных профилактических мероприятий.

Задачи исследования: произвести оценку сексуального статуса у лиц основной группы и группы контроля; произвести оценку удовлетворенности браком у лиц из ОГ и КГ; исследователь мотивы употребления в обеих группах; произвести сравнительный анализ показателей скрининг-опросника «Сексуальная формула мужчины» (СФМ), опросника удовлетворенности браком, а также особенностей мотивации употребления алкоголя в исследуемых группах; с учетом полученных данных обосновать профилактические мероприятия для лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

Материал и методы. Основными методами исследования являлись: клинико-психопатологический, клинико-биографический, социально-психологический, экспериментально-психологический, клинико-биологический, клинико-статистический [5]. Клинико-психопатологический метод как наиболее традиционный применялся в исследованиях для обследования субъектов, страдающих АЗ. Экспериментально-психологический метод был использован при обследовании всех респондентов и заключался в применении соответствующих психологических тестов. Социально-психологический метод реализовывался с помощью анкетирования.

Для достижения поставленных целевых задач исследования методом направленного отбора сформирована основная группа (ОГ) из 438 (28,5±0,8 лет) лиц мужского пола, страдающих АЗ (согласно исследовательским критериям МКБ-10 и пороговым значениям по тесту AUDIT ≥20 баллов). Субъекты ОГ находились на учете и проходили лечение у врачей-наркологов и проходили стационарное лечение в ГУ «РНПЦ психического здоровья». Методом направленного отбора по критерию «отсутствие АЗ» на основании пороговых значений по тесту AUDIT <8 баллов сформирована группа контроля (КГ) из 163 субъекта мужского пола (28,1±0,3 лет), сопоставимая с основной по социально-демографическим характеристикам. Городскими жителями являлись в ОГ 54,8%, в КГ – 81,6%. В ОГ отягощенную наследственность по АЗ имели 63,0% субъектов, в КГ – 37,4%. По уровню образования (среднее; среднее/специальное; высшее) распределение субъектов в ОГ и КГ выглядело следующим образом: соответственно 43,7/48,4/4,3% и 50,3/31,9/17,8%. У субъектов ОГ начало употребления алкоголя с 16,2±0, 2 лет, начало систематического употребления с 21,6±0,5 года, стаж АЗ – 7,1±0,5 года.

Для верификации психического состояния применялось структурированное клиническое психиатрическое и наркологическое интервью. Диагностика АЗ проводилась в соответствии с диагностическими (исследовательскими) критериями МКБ-10 [25].Чтобы классифицировать состояние как АЗ, врач по МКБ-10 должен был подтвердить по крайней мере 3 из 6 критериев АЗ, наблюдавшихся в течение 12 месяцев, предшествующих интервью.

Методики: «Б-ИТА», AUDIT, опросник «Сексуальная формула мужская» (СФМ), тест-опросник удовлетворенности браком (ОУБ), «Мотивы потребления алкоголя (МПА)» [2, 5].

Критерии исключения: острые и хронические соматическими заболеваниями, систематическое употребление других (кроме алкоголя) психоактивных веществ (ПАВ), выраженные когнитивные нарушения, мешающие целенаправленной коммуникации и выполнению тестов, первичные острые и хронические психические и поведенческие расстройства, другие расстройства, препятствующие выполнению заданий, отказ от участия в исследовании.

Результаты исследований обработаны с применением пакета прикладного программного обеспечения SPSS for Windows 17.0. На первом этапе оценивали нормальность распределения цифровых показателей с использованием W-критерия Шапиро-Уилка, который показал, что данные подчинялись закону нормального распределения. Дальнейший статистический анализ и оценку уровня статистической значимости межгрупповых различий и корреляционных связей изучаемых параметров проводили с использованием параметрических методов статистической обработки. Различия между группами по статистическим показателям считали значимыми при $p<0,05$. В соответствии с задачами исследования были использованы следующие статистические процедуры: описательные статистики, анализ таблиц сопряженности, корреляционный анализ, сравнение зависимых и независимых выборок, одно- и многофакторный дисперсионный анализы [6].

Результаты исследования. При статистической обработке данных СФМ установлены определенные закономерности для ОГ и КГ. В ОГ, по сравнению с КГ: более низкие уровни среднегруппового прогностического показателя, соответственно 27,3±0,3 и 29,8±0,4 ($p<0,05$); более низкие показатели, отражающие уровень «стадии реализации половых намерений», соответственно 8,61±0,1 и 9,64±0,1 ($p<0,05$); более низкие показатели, отражающие уровень половой активности, соответственно 7,86±0,1 и 8,54±0,1 ($p<0,05$) и ниже показатели, отражающие уровни «стадии копуляции», соответственно 7,95±0,12 и 7,23±0,2; $p<0,05$).

Ни в одной из групп нет субъектов значительно или полностью удовлетворенных браком. Не установлено достоверной разницы между показателями количества субъектов неудовлетворенных браком в ОГ и КГ (соответственно, 36,2% и 25,0%). В ОГ по сравнению с КГ больше абсолютные среднегрупповые значения удовлетворенности браком (соответственно, 29,3±0,7 и 32,6±3,2).

У 72,4% субъектов ОГ прогностический показатель СФМ ниже условно нормативных. В КГ таковых 52,2% ($p<0,05$). Согласно данным опросника СФМ среди исследуемых ОГ и КГ те или иные отклонения в параметрах сексуального функционирования имеются, соответственно, у 38,8% и 26,7% ($p<0,05$), на стадии реализации у 35,1% и 28,3%, на стадии половой активности у 47,9% и 55,4%, причем у 5,8% и 1,0% лиц из ОГ и КГ ($p<0,05$) сексуальные проблемы носят пролонгированный характер.

В ОГ имеется корреляционная связь между возрастом начала алкогольных проблем и возрастом, в котором появились семейно-сексуальные дисгармонии ($r=0,6$) и длительностью брака ($r=0,65$).

При сравнении среднегрупповых значений МПА в ОГ установлено, что ведущими мотивами являлись атарактические (15,75±0,2 баллов), гедонистические (15,13±0,2 баллов), псевдокультуральные (15,07±0,2 баллов). Произвели сравнительный анализ МПА в подгруппах лиц ОГ удовлетворенных и неудовлетворенных браком, а также у лиц, у которых показатели СФМ соответствовали нормативным значениям и у которых были ниже средненормативных. Среди лиц, неудовлетворенных браком ведущими являются мотивы атарактические (17,5±0,7 баллов), гедонистические (16, 3±0,6 баллов), гиперактивации (16, 3±0,7 баллов). По абсолютным значениям показатели атарактических и гедонистических мотивов у лиц неудовлетворенных браком выше ($p<0,05$), чем в целом среди лиц ОГ. Среди лиц удовлетворенных браком абсолютные среднегрупповые показатели данных видов мотивов не отличаются от показателей ОГ в целом (соответственно, 15,6±0,5 и 14,43±0,6 баллов). Среди лиц, с показателями СФМ ниже нормативных ведущими являются мотивы атарактические (16,0±0,3 баллов), гедонистические (15,3±0,3 баллов), псевдокультуральные (15, 2±0,2 баллов). Показатели не отличаются от среднегрупповых по данным видам МПА в ОГ в целом. У субъектов ОГ, имеющих нормативные показатели по СФМ уровни всех видов МПА ниже по сравнению с субъектами, у которых показатели по СФМ ниже нормативных ($p<0,05$) и субъектами ОГ в целом ($p<0,05$).

При проведении статистической обработки данных, установлено, что чем меньше удовлетворенность браком, чем больше степень выраженности традиционных ($r=-0,24$; $p<0,05$), атарактических ($r=-0,21$; $p<0,05$), гедонистических мотивов ($r=-0,19$; $p<0,05$) и мотивов гиперактивации ($r=-0,24$; $p<0,05$).

При применении корреляционного анализа установлено, что прогностические показатели СФМ положительно коррелировали с показателями удовлетворенности браком ($r=+0,4$; $p<0,05$). В ОГ количество лиц с условно нормативными показателями СФМ и удовлетворенных браком больше, чем неудовлетворенных (соответственно, 76,3% и 23,7%; $\chi^2=3,91$; $p<0,05$).

Выводы:

- у мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, показатели СФМ свидетельствуют о более частых сексуальных проблемах, чем в группе контроля, которые обнаруживают себя на разных стадиях копулятивного цикла (за исключением стадии копуляции, отражающей относительную сохранность нейроэндокринного обеспечения половой функции);

- среди лиц, страдающих алкогольной зависимостью, и в группе контроля нет субъектов значительно или полностью удовлетворенных браком, а по количеству субъектов неудовлетворенных браком исследуемые группы не отличаются ($p<0,05$);

- у лиц, страдающих алкогольной зависимостью начало систематической алкоголизации связано с возникновением супружеской дисгармонии и длительностью брака;

- среди лиц, неудовлетворенных браком ведущими являются психологические мотивы (атарактические, гедонистические, гиперактивации), отражающие внутриличностные эмоциональные проблемы и проблемы кинестетической сферы;

- среди лиц с низкими показателями половой сферы ведущими являются психологические мотивы (атарактические, гедонистические, псевдокультуральные), отражающие внутриличностные эмоциональные проблемы и проблемы влияния алкогольной референтной группы;

- у субъектов с алкогольной зависимостью при неудовлетворенности браком более выражены традиционные и личностные мотивы (атарактические, гедонистические, гиперактивации);

- установлена связь между качеством сексуального функционирования мужчин, страдающих алкогольной зависимостью и их удовлетворенностью браком;

- полученные данные желательно учитывать при разработке лечебно-профилактических мероприятий для данного контингента.

Список литературы:

1. Кришталь, В.В. Сексология/ Кришталь В.В., Григорян С.Р. – М.: Per Se, 2002. – 627 с.1
2. Сексопатология. Справочник/ Г.С. Васильченко и др.//Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
3. Нохуров, А. Алкоголизм и сексуальные расстройства у мужчин/ А. Нохуров. – М.: Медицина, 1978. – 78 с.
4. Мильман, Л. Я. Импотенция/ Л. Я. Мильман. – Л.: «Медицина», 1972. – 262 с.5
5. Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
6. Наследов, А.Д. SPSS: компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках/ А.Д. Наследов – СПб.: Питер, 2007. – 416 с.

Литвинцев С.В.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ И КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ К ЛИЦАМ С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ

Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов, Санкт-Петербург

В последнее время появилось немало публикаций, указывающих не только на клинические сложности, но и на серьёзные организационные и тактические проблемы ведения пациентов с нарушением половой идентификации. Решение этих проблем затрудняется отсутствием единого взгляда среди исследователей в области психиатрии и психологии, генетики и эндокринологии, а также других областей знаний, занимающихся поиском причин возникновения и течения этих сексуальных девиаций. Идут дискуссии в плане определения сущности самой половой идентичности, самосознание которой присуще только человеческой личности.

По нашему мнению, осознание личностью человека своей половой идентичности представляет психологический конструкт, включающий на основе биологической половой принадлежности соответствующее восприятие своих анатомо-физиологических проявлений сексуальности и субъективную переработку психологических качеств, влияющих на исполнение ею конкретных социальных ролевых функций, сформированных обществом в результате длительной эволюции. Как нам представляется, половая идентичность, являющая в норме у индивида определённого биологического пола единство самосознания и поведения, позволяет ему обоснованно причислять себя к этому полу, ориентируясь при этом на требования социального окружения к соответствующей половой роли и является достижением высокоорганизованной сознательной деятельности человека, как биопсихосоциального существа, способствующей его гармоничному развитию во всех сферах жизни и, прежде всего, – психической.

Поэтому следует считать, что если аутоидентификация половой принадлежности нарушена, то это расстройство, угрожающее дисфункцией в форме неспособности психобиологических механизмов выполнять личностью свои функции в определённом социокультуральном пространстве, может стать причиной, значимой для неё угрозой развития психического заболевания пограничного уровня. Отсюда, с одной стороны, расстройство половой идентичности мы можем рассматривать лишь как расстройство осознания личностью своего биологического пола, не достигающее, однако, уровня психической болезни, а являющееся её предиктором. С другой же стороны, у таких лиц обычно присутствует и открыто выражается потребность в лечении (изменении пола), поскольку расстройство половой аутоидентификации причиняет им ярко выраженные страдания и наносит существенный ущерб в повседневной социальной деятельности, что, кстати, в рамках биопсихосоциальной парадигмы уже должно рассматриваться в рамках болезни. Указанное разночтение явно свидетельствует о несовершенстве биопсихосоциального подхода к расстройствам половой идентичности, приводящее исследователей к спорам на предмет решения главной задачи – к какому спектру психического здоровья они относимы – нормы или патологии или, как считает В.Д. Менделевич (2018), они представляют собой группу поведенческих девиаций, не идентичных психопатологическим и потому их неправомерно приравнивать к психопатологическим [6].

В ракурсе сказанного понятно, почему расстройства половой идентичности относятся к числу наиболее малоизученных и проблемных областей сексологии. Ясно, что это связано с нерешённостью до настоящего времени целого ряда клинико-психопатологических и клинико-психологических, дифференциально-диагностических и классификационных аспектов данных нарушений, что, в свою очередь, затрудняет разработку организационно-правовых основ оказания помощи таким лицам.

Одной из причин такого положения дел является тот факт, что пациенты, настойчиво стремящиеся к смене пола, представляют собой весьма неоднородную группу, включающую как лиц с гомосексуальной ориентацией и соответствующей этому трансформацией полоролевого поведения, так и психически больных, чаще страдающих шизофренией. Но особое место в группе таких пациентов занимают лица с нарушением половой идентификации, прежде всего, страдающие

транссексуализмом. В нашей стране правовая возможность смены пола предусмотрена только для этой, последней категории лиц, так как только у них она является однозначным фактором, способным положительно повлиять на возможности их социально-психологической и сексуальной адаптации. Однако разграничение мотивации пациентов, настаивающих на реализации своих стремлений к гормональному и хирургическому лечению в каждом конкретном случае представляет значительные трудности, хотя, как справедливо пишут Н.Д. Кибрик с соавт., «такая дифференциация определённо необходима, так как смена пола может быть показана в одних случаях и не показана и даже вредна и опасна в других» [3].

Однако диагностика транссексуализма для клинициста является серьёзной проблемой. Как следует из диагностических критериев Международной классификации 10-го пересмотра [5], транссексуализм (F64) включает в себя желание жить и быть принятым в качестве представителя противоположного пола, сопровождаемое стремлением привести своё тело в как можно более полное соответствие с предпочитаемым полом с помощью хирургических методов и гормонального лечения, при этом транссексуальная идентификация должна сохраняться постоянно на протяжении минимум двух лет и не являться симптомом другого психического расстройства, такого как шизофрения, а также и не сочетается с хромосомной аномалией.

Отсюда следует, что диагностика рассматриваемого состояния выстраивается только на стойком осознании пациента своей принадлежности к противоположному полу, несмотря на правильное у него строение наружных и внутренних половых органов и развитие вторичных половых признаков, то есть только на расстройстве аутоидентификации, которое, как мы показали выше, является психологическим, а не психопатологическим конструктом. Однако, мы не можем оспорить и такое положение, что это расстройство аутоидентификации вполне соотносимо и к патологии чувственного познания своего тела, поскольку оно представляет собой признак аутопсихической дезориентировки, диктующий стиль поведения, не укладывающийся в привычные полоролевые стереотипы для человека данного биологического пола.

Другими словами, у транссексуала функция формирования субъективного образа самого себя в роли, соответствующей реальному биологическому полу, являющемуся объективной реальностью, безусловно, нарушена. В то же время, это не лишает его способности верно ориентироваться в окружающем, а также вести активную познавательно-адаптивную деятельность, вполне укладывающуюся в рамки социальной нормы, тем самым указывая, что сознательная психическая деятельность такого лица в целом не носит патологический характер. А поскольку расстройство половой идентификации не сопровождается иными проявлениями патологической сознательной деятельности, закономерно встаёт вопрос, требующий разрешения: в качестве какого феномена выступает у транссексуала нарушенная способность чувствовать и осознавать себя в качестве лица своего биологического пола при отсутствии традиционной для клинической психиатрии психопатологической продукции? То ли это расстройство представляет психопатологический симптом, то есть феномен, указывающий на психическую патологию, на болезненное отступление от естественного течения психических процессов и ведущее к дезадаптации в окружающей среде, то ли оно представляет собой лишь отдельный признак психологического неблагополучия, не укладывающийся в известные клинической психиатрии психопатологические ряды и процессы. Вряд ли любой категоричный ответ будет безальтернативно правильным. И, тем не менее, нам представляется, что отсутствие в психической жизни транссексуала иных проявлений патологической сознательной деятельности, указывающих бы на сложный динамический психопатологический процесс, позволяет рассматривать данный единичный феномен в качестве признака (даже не симптома, а признака!) вне не только психической болезни, но и психопатологического синдрома.

Неспособность выработать понятные психиатру принципы диагностики транссексуализма, базируемые на психопатологической феноменологии, во многом объясняются неясностью его происхождения, малоизученностью особенностей развития и становления транссексуальных установок. У таких лиц отсутствуют какие-либо верифицированные нарушения онтогенеза, набор хромосом у них соответствует биологическому полу. Нерешённым остаётся вопрос отнесения транссексуализма либо к варианту нормы, либо к патологии, и если к патологии, то к какой конкретно –

психической, неврологической, эндокринологической либо генетической. Выделение в новой классификации (МКБ-11) нарушений половой идентичности в отдельную группу – «Заболевания, связанные с сексуальным расстройством» можно считать только паллиативом, поскольку оно также не решает ни одной из рассматриваемых проблем. Такое положение дел предполагает наличие лишь гипотетических построений в плане создания концепции этиопатогенеза этого нарушения половой идентичности, что в конечном итоге обусловило на сегодняшний день неясность его отнесения к какой-либо нозологической форме. Отсюда пока мы имеем практически полное отсутствие нормативно-правовой базы, регулирующей оказание медицинской помощи пациентам с нарушением половой идентичности.

Специальных положений, касающихся охраны здоровья лиц с транссексуализмом и чётко прописанных юридических правил российское законодательство не содержит, а нормативные документы либо устарели, либо явно несовершенны. До сих пор специалисты руководствуются Методическими рекомендациями по смене пола, утверждёнными МЗ СССР 26 августа 1991 года [1], которые являются основным пособием для сексологов, осуществляющих работу с этими пациентами, включающую как перемену только гражданского пола, так и перемену и гражданского, и анатомического пола (хирургическим путём), при этом вопрос о выборе стратегии в данном документе рекомендуется решать в каждом конкретном случае.

Данный пробел в определённой степени восполнен Клиническим руководством «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств», утверждённых Приказом Минздрава РФ от 06 августа 1999 года № 311 [4]. Согласно этого документа, комплекс медико-социальных мероприятий при транссексуализме состоит из 3-х этапов, причём мало детализированных. Этот комплекс предусматривает на подготовительном этапе подтверждение диагноза, основываясь на диагностических критериях в соответствие с МКБ-10. Следующий этап включает собственно половую переориентацию – проведение заместительной терапии половыми гормонами, пластическую хирургию и перемену гражданского пола (медико-юридический акт, позволяющий лицу исполнять в обществе желаемую половую роль). Заключительный, восстановительно-реабилитационный этап, состоит из постхирургического диспансерного наблюдения, соматического обследования, поддерживающей психотерапии и социально-психологической помощи при трудностях адаптации. Кроме того, из нормативно-правовых документов, регулирующих медицинскую помощь лицам с расстройствами половой идентификации, в настоящее время в России действует ещё и «Стандарт первичной медико-санитарной помощи при расстройствах половой идентификации в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)», утверждённый приказом Минздрава РФ от 20 декабря 2012 года № 1221н. В данном документе указано на необходимость проведения первичного обследования с участием различных специалистов: психиатра, сексолога, психотерапевта, эндокринолога, медицинского психолога, а также приведён список препаратов для гормональной терапии транссексуализма. Однако и этот документ не затрагивает ряда существенных методологических проблем диагностики и лечения пациентов с нарушениями половой идентификации, тактики их ведения [2]. Не регламентировано этим «Стандартом…» и то, кто из перечисленных специалистов должен взять на себя основную роль в плане диагностических и координационных функций. В этом контексте следует подчеркнуть, что российское законодательство до сих пор не выработало не только специальные положения, касающиеся охраны здоровья транссексуалов, в том числе регламентации основания назначения им гормональной терапии и проведения секс-трансформационных операций, но и порядок смены документов. Федеральный закон от 15 ноября 1997 г. № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния», казалось бы, содержит упоминание о транссексуализме, однако до сих пор никакой «установленной формы» документа об изменении пола не существует. Его разработка натолкнулась на кардинально различные представления в юридических, общественных и медицинских кругах о последовательности собственно медицинских и социально-правовых процедур (оперативная реконструкция пола и смена гражданского, или паспортного пола, т.е. перемена имени). Поэтому, на наш взгляд, имеется острая необходимость в принципиально новом подходе, а именно – в принятии специального федерального закона, регулирующего в правовом поле как смену пола, так и связанные с этим

регламентирующие всесторонние процедурные клинико-организационные вопросы. Впрочем, такая задача назрела давно, но её разрешение сегодня является делом особенно настоятельным, с учётом наметившейся тенденции нашего общества в сторону толерантности к лицам с нетрадиционной сексуальностью, в том числе и к так называемым трансгендерам.

Список литературы:

1. Белкин А.И., Карпов А.С. «Транссексуализм» (Методические рекомендации по смене пола, утв. МЗ СССР 26 августа 1991 года). – Москва, МНИИП МЗ РСФСР, 1991. – 21 с.
2. Введенский Г.Е., Матевосян С.Н. Методологические проблемы стандартов оказания медицинской помощи лицам с расстройствами половой идентификации // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016, т. 26. – № 3, – С.92-95
3. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И., Журавель А.П. Расстройства половой идентификации: ошибки диагностики и тактики ведения пациентов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016, № 4. – С. 63-69
4. Клиническое руководство «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» / Под ред. В.Н. Краснова и И.Я. Гуровича. – М., 2000. – 224 с.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии / Всемирная Организация Здравоохранения. – Женева, 1994. – 208 с.
6. Менделевич В.Д. О многодетной матери Юлии Савиновских, лишённой приёмных детей из-за желания сменить пол (трагические юридические последствия несовершенства психиатрических классификаций) // Неврологический вестник. – 2018, № 1. – С. 5-14

Матевосян С.Н.

РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И АССОЦИИРОВАННЫЕ С НИМИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

Московский городской психоэндокринологический центр, Москва

В последние десятилетия отмечается рост обращаемости лиц с транссексуализмом и другими расстройствами половой идентификации (РПИ) с целью перемены пола, что прежде всего определятся влиянием средств массовой коммуникации. В доступной научной литературе имеются указания о неоднородности нозологической принадлежности этих расстройств и их высокой психопатологической коморбидности [7, 4]. В зарубежной и в отечественной психиатрии такие исследования немногочисленны и решения дифференциально-диагностических задач и вытекающие из них лечебные подходы остаются весьма актуальным вопросом [1, 2, 7].

Московский Городской психоэндокринологический центр (МГПЭЦ) на протяжении многих лет является одним из ведущих учреждений в стране, где оказывается помощь лицам с РПИ. Пионером изучения феномена транссексуальности в отечественной психоэндокринологии является основатель МГПЭЦ, профессор Арон Исаакович Белкин. За многие годы работы клиники обследованы сотни пациентов с РПИ. Поводами обращения к психиатру для этих пациентов, как правило, являются: 1) запрос на смену пола; 2) желание определиться со своей половой идентичностью или облегчить свои страдания, связанные с «трансгендерностью»; 3) эгодистоническая форма гомосексуальной ориентации у лиц, неспособных принять свою гомосексуальность, при которой желание смены пола является проявлением психологической защиты; 4) психические расстройства, протекающие с тем или иным вариантом РПИ, при котором последнее выявляется врачом-психиатром.

Наши данные о психопатологической коморбидности РПИ и исследования зарубежных коллег свидетельствуют о том, что в момент обследования у пациентов с РПИ психические расстройства отмечаются в среднем около 60% случаев [4, 7], что значительно чаще, чем в общей популяции. Так, психические расстройства в общемедицинской практике составляют около 30% пациентов (лица, которые обращаются к врачам-интернистам), около 12-15% – это психические расстройства в популяции в любой момент времени, и 5% населения имеют хронические психические расстройства [3].

Пациенты с РПИ показывают высокую распространенность аффективных и тревожных расстройств: около половины пациентов имеют текущую депрессию в момент обследования, у около 60% – депрессия в анамнезе; тревожные расстройства у около 28-30% в анамнезе и 45% в момент обследования. Суицидальное поведение, суицидальные мысли обнаруживаются в 30% случаев у всех пациентов с расстройствами половой идентичности. Несмотря на то, что в последних зарубежных обзорах о распространенности психопатологии в этой группе лиц практически нет упоминаний о шизофрении и указываются лишь заболевания аутистического спектра, по данным отечественных исследований шизофрения и заболевания шизофренического спектра встречаются с частотой 32% [4]. Органическое поражение головного мозга при РПИ встречается около 9%, у 24% расстройства личности и у 15% пациентов обнаруживается наркологическая патология, связанная с употреблением тех или иных психоактивных веществ [4]. Существует несколько объяснений коморбидной психопатологии. Первое представление связано с тем, что если РПИ – это врожденное психическое расстройство, ассоциированность психопатологии в таком случае не удивительна, так как известно, что одни психические расстройства значительно коррелируют с другими психическими расстройствами. То есть наличие одного психического расстройства повышает вероятность одного или более других психических расстройств. Другое связано с представлением о том, что РПИ само по себе является проявлением психического заболевания и вызвано нарушением психосексуального развития. И третье представление связано с психологическими последствиями несоответствия пола и особенно воздействием «стресса меньшинств», то есть психопатология как результат дискриминации, стигмы [4, 7]. В заявлении Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) в отношении гендерной идентичности и однополой ориентации указывается, что «ВПА осознает стигматизацию и как

следствие дискриминацию людей однополой сексуальной ориентации, трансгендерной половой идентичности. ВПА признает, что трудности, с которыми они сталкиваются, являются весомой причиной их страданий и призывает к оказанию адекватной поддержки их психическому здоровью» [6]. Как уже было сказано, многими зарубежными исследователями подтверждаются более высокие в сравнении с общей популяцией показатели наличия психических расстройств среди представителей ЛГБТ, при этом указывается, что как только их права и равенство признаются, эти показатели начинают снижаться [6, 7]. Однако остается неясным, что первично – либо предубеждение и дискриминация ведут к более значительной вероятности развития психических нарушений, либо сами психические нарушения ведут к большей вероятности переживаний или восприятия предубеждения и дискриминации [7]. В связи с этим возникают актуальные вопросы: является ли дискриминация, предубеждение основной причиной психических расстройств у трансгендеров и в каких случаях, несмотря на снижение стигматизации, психические расстройства не редуцируются? В результате исследований на большой выборке пациентов нам удалось выделить две основные группы. Первая группа – пациенты, у которых психические расстройства вторичны, то есть психогенно обусловлены, как правило, это аффективные и невротические расстройства, вызванные наличием полоролевого конфликта. В этом случае полоролевой конфликт во многом обуславливает психологическую дезадаптацию лица с расстройствами половой идентичности. Вторая группа – психопатологические состояния, как правило, эндогенные психические расстройства, поражения головного мозга, расстройства личности, в которых связь с полоролевым конфликтом проследить не удается, то есть полоролевой конфликт не имеет решающего значения в вопросах социально-психологической дезадаптации. В связи с обсуждаемой проблемой неудивителен тот факт, что около 20% пациентов не испытывают значительной пользы от смены пола. И даже после хирургической коррекции в течение десяти лет и позже пациенты демонстрируют более высокую распространенность психопатологии и суицидальности, чем подобранные по половозрастным параметрам контрольные группы. [2, 7]. Таким образом, картина социальной адаптации лиц с расстройствами половой идентичности с коморбидными расстройствами выглядит следующим образом. Если у лиц есть РПИ без коморбидных психических расстройств или же эти расстройства связаны с полоролевым конфликтом, эти пациенты имеют лучшие показатели социальной адаптации. При РПИ с коморбидными психическими расстройствами, независимо от проведенных секстрансформирующих операций, если эти расстройства не связаны с полоролевым конфликтом, эти пациенты имеют худшие показатели социальной адаптации. Следовательно, диагностики должна проводиться тщательно с учетом выявления ассоциированных с РПИ психических расстройств. Диагностирующему специалисту при обследовании пациентов в первую очередь необходимо собрать тщательный анамнез и сведения об особенностях психосексуального развития, причем анамнез важно иметь как объективный, так и субъективный. Опора лишь на объективный анамнез – распространенная ошибка многих врачей, сталкивающихся с данным контингентом пациентов. Сопоставление субъективного анамнеза пациента и объективного, полученного от его ближайших родственников, дает лучшее представление о психосексуальном развитии пациента, возможность оценить половую идентичность и половую дисфорию, ассоциированную с половой дисфорией психопатологию, влияние стигмы, связанной с расстройством половой идентичности на психическое здоровье и наличие или отсутствие поддержки со стороны семьи, друзей и окружения. Дифференциальная диагностика РПИ у пациентов с коморбидными психическими расстройствами должна основываться не только на психопатологическом исследовании, но и учитывать результаты сексологического обследования, а также экспериментально-психологического изучения психосексуальной сферы.

Лечебно-реабилитационные тактики для пациентов с РПИ включают смену гражданского пола, заместительно-гормональную терапию, хирургическую коррекцию пола, психофармакотерапию сопутствующих психических расстройств и психотерапию. Важно отметить, что наличие проблем психического здоровья необязательно препятствует процедурам смены пола. Их необходимо оптимально контролировать до и одновременно с коррекцией пола. Психотерапия показана на всех этапах лечебных мероприятий. Целью психотерапии является дезактуализация полоролевого конфликта, поиск способов облегчения полоролевого конфликта. Психотерапия не направлена

на изменение гендерной идентичности. Международные стандарты помощи транссексуальным, трансгендерным и гендерно нонконформным людям [5] призывают проявлять уважение к пациентам с нонконформной гендерной идентичностью, приобретать знания о медицинских потребностях трансгендерных людей, получать информированное согласие пациента до начала лечения, предоставлять помощь либо направлять к осведомленным коллегам, быть готовым принять гендерную идентичность пациента, подбирать терапию с учетом потребностей и целей и обеспечивать преемственность лечения, быть готовым поддерживать человека, защищать его интересы в его семье и среде общения, школе и так далее. В этой связи необходимо заметить, что задачами специалиста в области психического здоровья являются: просвещение пациентов о вариантах расстройства половой идентичности, то есть о том, что помимо смены полы есть возможности облегчения половой дисфории, и при необходимости принять обоснованное решение относительно медицинского вмешательства. Немаловажно, чтобы врач, обсуждал с пациентом последствия, как кратковременные, так и долгосрочные, которые могут повлечь за собой изменения в половой роли, затронуть психологическую, социальную, физическую, сексуальную, профессиональную, финансовую или юридическую сферы жизни.

Таким образом, поскольку РПИ сопровождается иными коморбидными психическими расстройствами важно, чтобы специалист дифференцировал варианты половой дисфории с учетом психопатологии, был способным диагностировать психические заболевания и подбирать в этих случаях алгоритм лечения. Диагностика коморбидных психических расстройств и лечебные мероприятия, направленные на их коррекцию, позволяют значительно улучшить психосоциальную адаптацию лиц с расстройствами половой идентичности.

Список литературы:

1. Белкин А.И. Третий пол. Судьбы пасынков Природы. – М.: «Издательство Олимп», 2000.- 432.
2. Введенский Г.Е., Матевосян С.Н. Методологические проблемы стандартов оказания помощи лицам с расстройствами половой идентификации. Журнал “Социальная и клиническая психиатрия”, 2016 №3, стр. 92-96.
3. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врача общей практики. – Мн.: Беларусь, 2001.- 426 с.
4. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола. – М, МИА, 2012.
5. Стандарты медицинской помощи транссексуалам, трансгендерам и гендерно неконформным индивидуумам 7 версия. Всемирная Профессиональная Ассоциация по здоровью транссексуалов, 2013.
6. D. Bhugra, K. Eckstrand, P. Levounis, A. Kar, K. R. Javate.
7. Заявление о позиции ВПА в отношении гендерной идентичности и однополой ориентации, влечения и поведения. World Psychiatry (на русском) | Том 15, выпуск 3.
8. Zucker K., Lawrence A., Kreukels B. Gender Dysphoria in Adults. – Annual Review of Clinical Psychology, 2016, 12:20.1–20.31.

Олейчик И.В., Юнилайнен О.А., Левченко Н.С., Николаева Е.Р.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА У БОЛЬНЫХ ЖЕНСКОГО ПОЛА

Научный центр психического здоровья, Москва

Введение. Актуальность изучения депрессивных расстройств подростково-юношеского возраста обусловлена, прежде всего, их высокой распространённостью. Под юношескими депрессиями понимают аутохтонные эндогенные психические расстройства в виде состояний патологически сниженного настроения с манифестацией в юношеском возрасте, т.е. между 16 и 25 годами, длительностью свыше 2 недель, приводящие часто к выраженной социальной и учебной дезадаптации [1, 2]. По данным масштабных скрининговых программ, 15-40% подростков сообщают о симптомах расстройств настроения, до 24% молодых людей переносят по меньшей мере один большой депрессивный эпизод до 18-летнего возраста [2]. Возрастные психологические особенности, незрелость психических функций предопределяют высокую суицидальную активность пациентов с юношескими депрессиями и крайне высокий суицидальный риск. Патогенез юношеских депрессий до конца не изучен, наряду с социальными предпосылками, важную роль играют биологические факторы, в частности – резкое увеличение концентрации половых стероидов в подростковом возрасте. Отмечается половой диморфизм заболевания, у девушек частота депрессий в два раза выше, чем у юношей, клиническая симптоматика депрессий у девушек также имеет ряд особенностей – чаще встречаются явления дисморфофобии, истеро-конверсионные расстройства, нарушения пищевого поведения, аутоагрессивные поступки [3]. Недостаточная осведомлённость о клинических особенностях депрессий у девушек приводят к диагностическим ошибкам, отсутствию своевременного лечения и увеличению суицидального риска в данной группе пациенток.

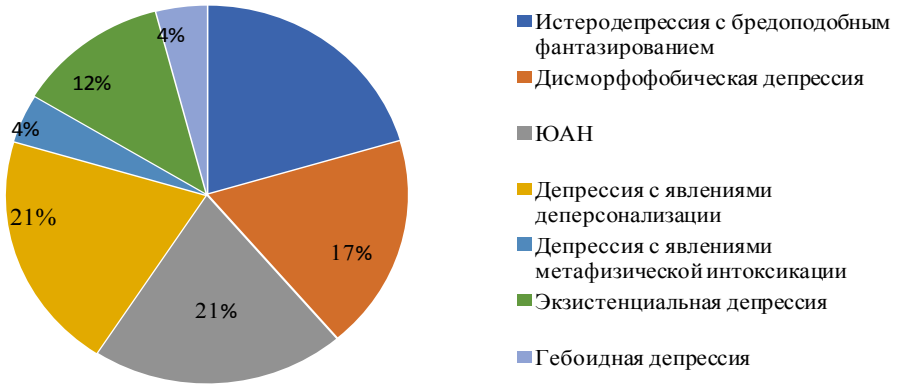
Цели: определить специфические клинико-психопатологические особенности депрессивных состояний юношеского возраста у больных женского пола. Оценить распространённость суицидальных и аутоагрессивных тенденций в этой группе пациенток.

Методы. Выполнено поперечное скрининговое исследование с последовательным набором пациенток с эндогенными депрессиями различной тяжести и разной нозологической принадлежности, от 15 до 25 лет, медиана возраста составила 18 [17-20] лет. Обследовано 49 девушек, которые находились на стационарном и амбулаторном лечении в Отделении приступообразных психозов отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний в клинике ФГБНУ НЦПЗ за период с июля 2016 по июль 2018 гг. Метод обследования – клинико-психопатологический. Все пациентки получали комплексную психофармакотерапию, адекватную клиническим проявлениям заболевания.

Результаты. Депрессивные состояния пациенток, включённых в исследование, относились к следующим диагностическим рубрикам: шизотипическое расстройство (F21.4, F21.3) – 21 из 49 (43%), биполярное аффективное расстройство (F31.4; F31.5) – 12 из 49 (25%), параноидная шизофрения (F20.01) – 8 из 49 (16%), циклотимия (F34.0) – 7 из 49 (14%), расстройство личности (F61.0) – 1 из 49 (2%). Диагностическая оценка депрессивных расстройств по классификации, традиционно принятой в ФГБНУ НЦПЗ, в клинической группе больных дала следующие результаты: аффективное заболевание – 19 чел. (39%), в том числе: маниакально-депрессивный психоз – 12 чел. (24%), циклотимия 7 чел. (14%); шизофрения малопрогредиентная – 21 чел. (43%), шизофрения с приступообразным течением – 8 человек (16%). Согласно классификации юношеских депрессий, разработанной в ФГБНУ НЦПЗ, выделены следующие клинические варианты данных состояний: депрессии с проявлениями юношеской астенической несостоятельности (21%), деперсонализационные депрессии (21%), истеродепрессии с бредоподобным фантазированием (21%), дисморфофобические депрессии с нарушением пищевого поведения (17%), с явлениями метафизической интоксикации (4%), с экзистенциальными проявлениями (12%), гебоидные депрессии (4%) (Рис.1). Дисморфофобические проявления отмечались у 49% пациенток в составе депрессивного симптомокомплекса – в виде

ведущего симптома, и дополнительного проявления, несколько реже встречались деперсонализационные проявления – 37% и явления ЮАН – 33%. Экзистенциальные проявления имели место у 24% больных, психастеноподобные проявления – у 16%, симптомы метафизической интоксикации и гебоидные проявления – у 8%.

Рис.1 Частотное распределение типологических вариантов юношеских депрессий у девушек



Проведённое исследование свидетельствует о том, что у 46% больных с юношескими эндогенными депрессиями обнаруживались в анамнезе или фиксировались в течение наблюдения в стационаре суицидальные мысли, намерения или соответствующие высказывания. Более чем у половины из этих больных (75%) суицидальное поведение реализовывалось в суицидальных попытках. При этом 47% больных, совершивших в состоянии депрессии попытки самоубийства, пытались повторить их вновь. Аутоагрессивные тенденции отмечались у 76%, у большинства в виде поверхностных порезов и ожогов кожи.

Выводы. Таким образом, выполненное исследование позволило выделить наиболее распространённые клинические типы депрессий у девушек, патогномоничные для юношеского возраста. Показано, что у девушек юношеского возраста чаще, чем у юношей, встречаются дисморфофобические депрессии, и истеродепрессии с бредоподобным фантазированием. В сравнении с пациентами мужского пола, у девушек реже встречаются депрессии с проявлениями юношеской астенической несостоятельности и метафизические депрессии [4]. Обращает на себя внимание крайне высокая частота суицидальных тенденций, в том числе повторных попыток самоубийства, что заставляет относиться к этим состояниям как к жизненноопасным, и требует неотложного вмешательства. Понимание типологической структуры юношеских депрессий у девушек позволит усовершенствовать своевременную диагностику и лечение данных состояний, что будет способствовать снижению частоты самоубийств в подростковой среде.

Список литературы:

1. Цуцульковская М.Я., Олейчик И.В., Владимирова Т.В. и др. Юношеские эндогенные депрессии (психопатология, типология, нозологическая оценка, лечение) // Пособие для врачей. – М., 2000. – 32 с.
2. Rohde P. Adolescent Depression: Treatment // The International Encyclopedia of Depression / Ed: Rick E. Ingram. New York: Springer Publishing Company. – 2009. – P. 9-12.
3. Bennett D., Ambrosini P., Kudes D., et al. Gender differences in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls ?// J Affect Disord. 2005 Dec;89(1-3):35-44.
4. Олейчик И.В. Психопатология, типология и нозологическая оценка юношеских эндогенных депрессий (клинико-катамнестическое исследование)//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011;111(2): 10-18

Пуговкина О.Д.

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ КАК МИШЕНЬ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ: ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского,
Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва

Парадигма социального познания сегодня является одной из ведущих и позволяет интегрировать основные психологические подходы в изучении депрессий – межличностный и когнитивный. Она включает в себя целый ряд исследовательских и психотерапевтических подходов, в том числе, с уже доказанной эффективностью в отношении депрессивных расстройств (интерперсональная психотерапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, когнитивная аналитическая терапия и др.) (Холмогорова, Пуговкина, 2015).

Под социальным познанием понимается совокупность способностей к пониманию и саморегуляции своей психической жизни (чувств, мотивов и др.) и пониманию внутренней психической жизни других людей (чувств, мотивов, причин поступков, логики развития ситуаций общения и др.).

В таком понимании коррекция нарушений социального познания является крупной и одной из центральных мишеней в психотерапии депрессивных расстройств, в особенности хронических форм. Это направление работы включает, с одной стороны, развитие навыков эмоциональной саморегуляции и снижение, таким образом, выраженности симптомов расстройства. С другой стороны, коррекция нарушений социального познания у пациентов способствует устранению источника эмоциональных нарушений в виде хронической неудовлетворенности в сфере общения (Пуговкина, 2016, 2017; Холмогорова, Пуговкина, 2015).

В эмпирических исследованиях прослежены гендерные различия как в проявлениях и механизмах развития депрессивных расстройств (Антохин, 2010; Тювина, Балабанова, Воронина, 2015; Azorin, 2014; Parker et al, 2014), так и в характеристиках социального познания (Christov-Moore et al., 2014).

В отношении клинических проявлений показано, к примеру, преобладание тревожно-фобических симптомов, проявлений враждебности, дисфории, снижения импульс-контроля, склонности к злоупотреблению алкоголем у мужчин, и идей самообвинения, дистимии, адинамии, чувства хронической усталости – у женщин (Антохин, 2010; Azorin, 2014; Parker et al, 2014). Эти результаты находят свое конкретное воплощение в рекомендациях по назначению фармакологического лечения, однако мало отражены в протоколах оказания психотерапевтической помощи.

Что касается дефицитов социального познания, то и здесь имеет место недостаточная спецификация мишеней психотерапии в зависимости от половой и гендерной принадлежности (Пуговкина, 2016), несмотря на большое количество эмпирических исследований – многочисленных работ, выполненных в разных теоретических подходах. Обобщая их, можно констатировать снижение практически всех аспектов социального познания у больных депрессиями, в сравнении со здоровыми испытуемыми: эмоционального и социального интеллекта, ментализации, поведенческих социальных навыков, метакогнитивных аспектов (гибкости), способности к смене позиции (эгоцентризм), склонность к глобализации в оценке текущих и прошлых событий и др. (Пуговкина, 2014).

Результаты исследований с учетом гендерного фактора часто (хотя и не всегда, и это подробно обсуждается) выстраиваются вокруг определенного культурального стереотипа (который, кстати, сам по себе является предметом обсуждения с пациентами): женщины больше склонны к сопереживанию и нюансированному эмоциональному включению, тогда как мужчины более успешны в когнитивном анализе и инструментальному подключению к проблемной ситуации (Холмогорова, Гаранян, 1998; Пуговкина, 2014). И это соотношение наблюдается как в популяционных, так и в клинических исследованиях. Например, в общей популяции специфичность автобиографической памяти несколько ниже у мужчин, по сравнению с женщинами, а в смешанных группах больных депрессиями – ниже, чем в общей популяции. Сходное соотношение наблюдается при использовании тестов эмоционального интеллекта (Salguero e al., 2012), эмпатии (Davis, 1983; Christov-Moore et al., 2014).

Общие различия между здоровыми испытуемыми и больными депрессиями, регрессионные уравнения связи переменных указывают на то, дефицит в сфере эмоционального интеллекта и снижение специфичности воспоминаний (в приведенных примерах) являются общими мишенями психологической помощи при депрессиях. Однако эффективность соответствующих интервенций различается при учете пола пациентов.

Например, тренинг, направленный на развитие эмоционального интеллекта (расширение эмоционального словаря, развитие навыков распознавания, называния и выражения эмоций) может привести к повышению тренируемых способностей у пациентов обоих полов. При этом у мужчин это повышение сопровождается терапевтическим эффектом в отношении депрессивного расстройства, а у женщин – в меньшей степени (Salguero e al., 2012).

Таким образом, комплекс факторов, влияющих на возникновение и течение депрессии, имеет специфику в зависимости от гендерной принадлежности пациента. Как следствие, удельный вес и роль каждого фактора, в том числе, такого существенного, как дефициты в сфере социального познания, различаются. И это требует учета при планировании помощи (Холмогорова, Гаранян, 1998).

С учетом результатов сравнительных гендерных исследований клинических проявлений и механизмов депрессии, а также исследований дефицитов социального познания, можно выделить ряд специфических мишеней, контртерапевтических факторов и ресурсов при построении программ психологической помощи, в особенности, групповых форм (Холмогорова, Гаранян, 1998). В первую очередь они касаются обсуждения культуральных установок, способствующих поддержанию дисфункционального стиля в межличностных коммуникациях и способах эмоциональной саморегуляции.

Список литературы:

1. Антохин Е.Ю. Гендерные аспекты психогенных депрессий: особенности клиники, подходы к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. № 2. С. 52-60.
2. Пуговкина О.Д. Нарушения социального познания при депрессии: теоретические подходы, методы изучения и выделенные дефициты // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 4. С. 80-97.
3. Пуговкина О.Д. Преодоление глобального эгоцентрического мышления как важная мишень коррекции дефицитов социального познания при хронических расстройствах аффективного спектра // Мишени и методы психологической помощи пациентам с расстройствами шизофренического и аффективного спектров : Методическое пособие / Сост. А.Б.Холмогорова, О.В.Рычкова, О.Д.Пуговкина, М.А.Москачева. М. : Неолит, 2016. С. 53-73.
4. Пуговкина О.Д. Глобализация автобиографической памяти – когнитивный фактор риска возникновения и хронификации депрессивных расстройств // Современная терапия психических расстройств. 2017. № 4. С. 30-35.
5. Тювина Н.А., Балабанова В.В., Воронина Е.О. Гендерные особенности депрессивных расстройств у женщин // Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. 2015. Т. 7. №2 С. 75-78.
6. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Применение саморегуляции при расстройствах аффективного спектра. Методические рекомендации. М., 1998. 22 с.
7. Холмогорова А.Б., Пуговкина О.Д. Основные этапы и направления изучения когнитивных дисфункций при депрессиях // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. N 6(35) [Электронный ресурс]. URL: http://mprj.ru (дата обращения: 08.09.2018).
8. Azorin J.-M., Belzeaux R. Fakra E. et al. Gender differences in a cohort of major depressive patients: Further evidence for the male depression syndrome hypothesis // Journal of Affective Disorders. 2014. Vol. 167. P. 85-92.
9. Christov-Moore L., Simpson E.A., Coude G. et al. Empathy: Gender effects in brain and behavior // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2014. Vol. 46 P. 604-627.
10. Davis M. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach // Journal of Personality and Social Psychology. 1983. Vol. 44. P. 113-126.
11. Parker G., Fletcher K., Paterson A. et al. Gender differences in depression severity and symptoms across depressive sub-types // Journal of Affective Disorders. 2014. Vol. 167. P. 351-357.
12. Salguero J.M. et al. Emotional intelligence and depression: The moderator role of gender // Personality and Individual Differences. 2012. Vol. 53. P.29-32

Самохвалов В.П.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГЕРМЕНЕВТИКА МНОЖЕСТВЕННОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ

Клиника душевного здоровья, Чешские Будейовицы, Чехия

Вопрос о разделении пола, который ассоциируется с объективными определениями, в частности, генетикой и биохимией, и гендера, под которым чаще понимают социальный конструкт, самосознание и самоопределение, косвенно связан с бесконечными спорами о связи эндогенного и экзогенного, генетики и среды. Такое разделение подразумевает, что гендерной медицины быть не может, но существует гендерная психология, социальная психология, политика. В других случаях понятие гендерности полностью поглощает проблему пола и предполагается, что пол является биологической составляющей гендера. В значительной мере это противоречие обусловлено политическим заказом феминизма и ЛБГТ-сообщества, а также тем, что пол изначально, в формальном переводе, подразумевал сексуальность.

Но при таком подходе существует и имеет значение гендерная медицина как отрасль изучающая патологию в зависимости от антропологического гендерного разнообразия. В этом разнообразии неразделимы самосознание и биология, также как генетика и среда. Оно является суммой трех составляющих (варианс): 1) разнообразия обусловленного генетическими причинами; 2) разнообразия связанного с воздействиями среды; 3) разнообразия обусловленного модифицирующим влиянием среды на генетический материал, в частности мутагенным и стрессорным влиянием. Эволюционная роль пола основана на: а) дарвиновской теории полового отбора; б) так называемой эволюционной концепции пола; в) теориях социобиологии. Согласно теории полового отбора в результате конкуренции самцов, те из них, которые обладают разного рода преимуществами, в том числе силой, значимыми маркерами, интеллектом, побеждая, способствуют большему генетическому вкладу в потомство. Сторонники эволюционной концепции пола убеждены в том, что в эволюции мужские и женские части популяции имеют разное и сопряженное значение. Мужская часть популяции обладает большей изменчивости, более подвержена мутациям, более интенсивно связана со средой и ее признаки указывают на будущие свойства популяции. Женская часть консервативна, относительно стабильна и аккумулирует закрепленные в эволюции адаптивные свойства. Теории социобиологии объясняют стабильность существования трансгендерности, гомосексуальности и парафилий на основе эволюционно-стабильных стратегий и соотношений полов, благодаря которым осуществляется баланс агрессии, эгоизма, альтруизма и кооперативности, агрессии и систем ее умиротворения [1]. Эти теории основаны на популяционных и групповых исследованиях, однако они с большими оговорками могут быть применены к индивидуальным случаям трансформаций гендерного самосознания, эти случаи заставляют задуматься, насколько устойчив гендер и следует ли относить систему его изменений в онтогенезе к особой психопатологии. Клиника подобных случаев может быть понята с помощью суммы интерпретаций культурологии, клиники, этологии, психоанализа, то есть с помощью герменевтического метода.

Пациент Л., 26 лет, житель приморского курортного города. Продолжительность наблюдения 10 лет. Мать воспитывала его одна, сообщила, что рассталась с отцом пациента вскоре после рождения сына. Конфликт возник в связи с несогласием дать сыну его фамилию, поскольку «она была кавказской», по этим же причинам сама мать не приняла фамилии супруга. В дальнейшем отказалась от личной жизни и «посвятила себя только сыну». В раннем детстве играл в машинки, любил оружие, но общаться предпочитал с девочками, чтобы доказать свой приоритет. В подростковом возрасте отличался от сверстников «особыми» интересами, которые выражались в стремлении к лидерству, демонстрации только модной одежды, стремлением придать себе женский облик и одеваться «в шутку» в женское платье, тщательно брил волосы на всем теле, фиксировал свое внимание на том, какое впечатление он вызывает у посторонних. Все лето проводил на пляжах. Однажды понял, что ему больше нравятся мальчики, чем девочки, в том числе и потому, что ему снились эротические сны, в которых он исполнял женскую роль. Первый гомосексуальный контакт

в форме фелляции со сверстником в возрасте 14 лет. Анальный контакт, в котором играл пассивную, а затем активную роль в 15 лет. Познакомившись с литературой и Интернетом в возрасте 16 лет осознал, что является транссексуалом и должен изменить свой пол на женский. Это стремление поддержала мать и без согласования трансформации пола с психиатрами, заплатила деньги за оскопление и пластику влагалища, а также гормональную терапию. Далее последовала пластика груди и гормонотерапия, которая продолжается до настоящего времени. К моменту получения паспорта брюнет юноша К. превратился в высокую эффектную блондинку по имени Л. Вела свободный образ жизни, вступала в случайные связи, обычно с обеспеченными мужчинами старше себя. Но делала это «для удовольствия», а также, чтобы убедиться, что превратилась в женщину. Полюбила мужчину, который часто приезжал по делам в ее город, но у которого была своя семья. Чтобы он не догадался о ее прошлом, перед эротическим контактом напаивала возлюбленного алкоголем. Роман продолжался почти 5 лет. Работала дома, поскольку единственным заработком ее и матери был курортный бизнес. Почти все заработанные деньги уходили на повторные операции, гормоны и косметику. Внезапно заметила, что ей нравится соседка, женщина старше её и кажется ничем не приметная. Возникли эротические фантазии о контакте с ней, навязчивые мысли, о том, что превратилась в лесбиянку. Эти мысли конкурировали с продолжающимся влечением к своему возлюбленному. Тем не менее, задумалась о том, является ли это влечение гетеросексуальным, поскольку ей доставлял удовольствие анальный контакт, а вагинальный контакт был затруднен в связи с тем, что после пластики влагалища часто возникал слипчивый воспалительный процесс. Она заметила, что восприятие всего мира и себя зависело от того, кем она себя ощущает. Таких ипостасей было несколько: а) я женщина, предназначенная для мужчины; б) я женщина, предназначенная для женщин; в) я мужчина, предназначенный для женщин; г) я мужчина, предназначенный для мужчин. Восприятие себя в разных образах предполагало для этих образов: а) женскую одежду, подчинение мужчине, любовь к голубому цвету, распущенные длинные волосы соломенного цвета, голубые глаза, отказ от курения и алкоголя, повышенное внимание к чистоте и парфюмерии, влечение к сладкому, желание быть домоседкой, чтение любовных романов, молчаливость, кокетливость, сентиментальность, подчинение силе, коллекционирование маленьких объектов (вазочек, миниатюр и так далее); б) означало «сильную женщину» брюнетку с короткими волосами, зелеными глазами, которая покоряет себе других «женственных» женщин, заставляя их себе служить, грубость и жесткость, уверенность в себе, способность содержать другую женщину, демонстративное курение и совместное употребление алкоголя, показную небрежность в одежде, предпочтение мясной пищи, желание менять места жительства и посещать дискотеки, разговоры о службе и политике; в) состояние означавшее, что операция по смене пола сделана ошибочно, выраженное чувство вины и попытка искупления «своего греха», подчинение женщине при мужской стилистике поведения, короткая стрижка седых волос, черные глаза, грубый голос, агрессивность, направленной на объект любви, требование орального секса, употребление крепких спиртных напитков, стремление к одиночеству. Одеваться в этом образе следует однотонно в «готическом стиле», предпочитать сырое мясо, рыбу, искать случайные и неожиданные встречи с мужчинами, занимаясь с ними фелляцией; г) гомосексуальные переживания влечения с пассивной ориентацией, стремление к соблазнению грубых и порочных мужчин с переживанием собственной утонченности и «интеллигентности». Стиль прически и одежды, отражающий «интерсексуальный дэндизм». Разговоры о философии, смысле жизни, новинках культуры. Предпочтение анального секса и легких наркотиков. В еде стремление к вегетарианству и восточной кухне. Волосы могут быть любого цвета, но тщательно уложены и зафиксированы гелем или лаком, глаза карие. Каждые из данных ипостасей у Л. стали существовать, одновременно входя в непрерывный конфликт, поскольку степень вовлечения в них обыденной жизни все возрастала. Возникали мучительные ситуации выбора «как кто я говорю, сплю, выгляжу, думаю, улыбаюсь, смотрю, ем, как мужчина для мужчин, женщина для женщин и так далее». «Вот вижу ребёнка или собаку и автоматически улыбаюсь. Но как Кто? Ведь мужчины не должны улыбаться собакам, значит я женщина, но какая? Женщина для мужчины, так как женщина для женщины не может родить ребенка, а улыбка означает принятие ребенка. Собака – это тот же ребёнок». Подобная «умственная жвачка», бесплодное мудрствование

приобретает обсессивный характер, но в отличие от простой обсессии, оно реализуется в действии. Она фактически имеет четыре гардероба, несколько парфюмерных наборов, парики, накладные ногти, контактные линзы, меняя стиль несколько раз даже в течение дня. Её, а), б), в), г) личности по разному ходят, говорят, думают, имеют разные взгляды и планы, и мешают друг другу, находясь в конкуренции. Возникли трудности уже при первом контакте с пациенткой (пациентом), поскольку неясно было как его (её) называть. Стилистика поведения мужчины и женщины сплетались и окрашивались обсессивно-фобической симптоматикой и проявлениями как дереализации, так и деперсонализации. Фенотип высокой блондинки астенического телосложения с женскими чертами лица, с низким голосом и внезапными пароксизмами плача, резкие жесты, потребность в постоянном курении, но при этом жеманная и флиртовая мимика при общении с мужчинами, косметика, наложенная с умеренным вкусом, но не избыточно. При беседе темп мышления меняется от шперрунга до мантизма и скачки идей. Так же часто меняется эмоциональный фон, плачет, улыбается, демонстрирует удивление и растерянность. Большие сложности возникают с определением сознания, поскольку не знает кто он или она на самом деле. Это касается и телесных ощущений, внезапно обнаруживает сожаление по поводу изменений пола, но через мгновение говорит, что «скорее всего дело в мыслях о теле, но не в самом теле». С критикой относится к своему состоянию и просит сделать ее той, какой она была «женщиной для мужчин». Отмечает «проблемы с памятью», хочу забыть все и понять кто я, но, в то же время, вспомнить кто я. На остроте переживаний возникают суицидальные мысли, но их контролирует. Во время последующих встреч полиморфизм поведения меняется и этологически в стилистике каналов коммуникации мимики, позы, жеста, перед нами чаще женщина. Заметна отчетливое противоречие сути ее высказываний и поведения. Но уже через неделю вновь заметна выраженная диссоциация: грубый голос с покашливанием сопровождается флиртом и жеманством, резкие жесты – типичным женским движением кисти с отставленным мизинцем. Психотропные средства принимать отказывается, ссылаясь на аллергию. В результате поведенческой психотерапии личность удалось интегрировать на основе пожеланий самой Л., которая пришла к выводу, что все же хочет быть «женщиной для мужчин», однако через год наступил повторный эпизод дезинтеграции. Насколько подобная ориентация соответствует психической норме? Такие понятия как мужская дружба, нормальная гомосексуальная ориентация, нормальная гетеросексуальная ориентация, феминистическая ориентация и антифеминизм, мужской и женский патернализм, безусловно, имеют эротическую окраску, предполагающую и специфические измерения личности. Данные измерения возникают последовательно и у Л. Они существуют одновременно и вступают в конкурентные отношения. При обычном транссексуализме особенности поведения, относящиеся к противоположному полу заметны уже в раннем детстве. У Л. в раннем детстве возникает неопределенность половой идентификации с фиксацией на лидерстве. Обычно дифференциальный диагноз транссексуальных переживаний связывают с параноидной шизофренией в структуре бреда одержимости, но в этом случае должны также присутствовать и другие симптомы, характерные для шизофрении, они пока у Л. отсутствуют. Вероятно, также существуют системы множественной одержимости, хотя все описанные в литературе варианты одержимости связаны с одной сущностью. Данный случай можно отнести к многоличностному расстройству, но его интерес связан с тем, что сущности прямо ассоциированы с разнонаправленной сексуальностью, в которой доминирование одного направления не вытесняет остальные, но конкурирует с ними. Переживания при трансгендерном переходе обозначаются как трансгендерная дисфория, она выражается в невозможности полного принятия своей половой роли и связанной с неполной идентичностью тревогой, раздражительностью, трудностью социальной адаптации. Однако в основном описываются бинарные случаи гендерной дисфории в дихотомии мужское-женское [2]. В короткий период пубертата можно наблюдать одновременное существование, как гомосексуальности, так и гетеросексуальности, но также и трансгендерности. Но почему в большинстве случаев иные направленности влечения оставляют лишь следы, а остается устойчивым и доминантным лишь одно из них? Причины могут быть гормональными, церебральными, психодинамическими. Их трудно разделить. Изменение соотношения половых гормонов, например при тестикулярной феминизации приводит к организации «женского типа мозга», это в свою очередь влияет

на психодинамические процессы, поведение и когнитивную составляющие. При генетическом исследовании выяснилось, что генотип нашей пациентки XY, а уровень общего тестостерона 3,05 нмоль/л., то есть на границе нормы характерной для женщин. К тому же, она постоянно принимает женские половые гормоны, уровень эстрадиола 60 пг./мл. Следовательно, гормонально Л. – женщина, но генетически – мужчина. Актуализация разнонаправленного влечения возможна при гашишизме и приёме психостимуляторов и считается нормативной для богемных групп. Одновременное существование гетеро-гомосексуальности, педофилии, инцеста и даже зоофилии считались нормой в ряде архаических культур, в Древней Греции и Риме. В новеллах Д. Боккаччо герои переодеваются в женское платье, чтобы проникнуть в женский коллектив, героини В. Шекспира моделируют мужское поведение, чтобы завоевать конкретного мужчину. Ж. Санд, переодетая в мужское платье и курящая табак завоевывает женственного и тонкого Ф. Шопена, но она же является кумиром женщин, герои С. Гинзбура «Я тебя люблю, я тоже нет» путаются в своих половых ролях и предпочтениях, К. Вурст, одетая в женское платье с бородой и бритыми ногами, завоевывает первый приз на Евровидении в 2014 году. Она сохраняет оба пола, которые между собой у неё не конкурируют, но создают расщепленное сознание у зрителя. Разнонаправленное и полиморфное влечение считается пороком, но продолжает существовать. Однако речь идет даже не только о сексуальности. Разнонаправленности можно обнаружить в системе любого инстинкта, пищевого, родительского, территориального, агонального, миграционного или инстинкта обладания. Инстинкт может быть усилен или ослаблен, полиморфен или монотонален.

Родительская гиперопека, может скрывать агрессивность по отношению к ребёнку, что в частности понятно из описания делегированных расстройств, когда мать, ухаживая за ребенком, пытается ему повредить, усилить его соматическое страдание. Л., возможно также является объектом делегирования. Мать сначала не препятствует, но даже стимулирует его менять пол, в дальнейшем она полностью отказывается от своей личной жизни и способствует своим поведением и расспросами: «Кто ты на самом деле?» диссоциированию личности сына, ставшего дочерью. При детальных расспросах она сообщила, что мечтала в период беременности о рождении дочери, а не сына, потом в сыне «видела скорее дочь» и даже придумала ей женское имя. Она сама в детстве мечтала быть мальчиком, а первый половой акт, в результате которого и родился сын воспринимала как неприятный. У неё рано появился гирсутизм и пренебрежение к своей внешности, но она делала все, чтобы её, теперь уже дочь, выглядела эффектно. Она считает, что живет только ради неё. Эта система очень напоминает гомосексуальное влечение матери к своей дочери, но это также может быть и делегирование собственной гомосексуальности своей дочери [3]. Отсутствие у Л. образа отца также сыграло свою роль. Мать никогда о нем не рассказывала, лишь сообщила, что это был человек «кавказской национальности», с которым она познакомилась на пляже. Пляж вообще в судьбе этой родительской диады играет большую роль, но в приморских городах это происходит повсеместно. Пляжные мальчики и девочки, системы развлечений, нудизм, знакомства на пляже предполагают особую временную и зыбкую стилистику отношений и особый тип соблазнения. Большинство кафе и объектов развлечения находятся в приморских городах на пляжах и открыты до утра. Пляжная молодёжь делит свое время на две части: утро и ночь. Утренние часы считаются работой, так как посвящены загару и знакомствам, вечерние – развлечениям. Л. также познакомилась со своим возлюбленным на пляже, но обнаружила свое первое гомосексуальное влечение на ночном пляже. Пляж – не только торжество обнаженного тела, но и праздник отдохновения и праздного времяпрепровождения. Это сближает его с римской термой, в которой чаще всего культивировались и ценились разнонаправленные эротические отношения. Теперь эта эротика сместилась в сауны, бани, аквапарки и спа. Территория пляжа и окружения отчетливо кватерна. Место под навесом, на солнце, в воде и при отдаленном заплыве содержат разного рода экологию и опасности. Неприятности и смерть на пляжах характерны при длительном нахождении на солнце или длительном заплыве, территорией соблазнения является тень и ближайший заплыв, позволяющий осуществлять игру в воде. Л. особое внимание уделяет своему телу, размерам пластиковой груди, загару, цвету глаз, который меняет с карего на голубой, прическе, форме ногтей. Она с нетерпением ожидала пляжного сезона, и наибольшие страдания в период болезни касались именно

раздевания на пляже, «как и как кто я выгляжу». Страх перед раздеванием при телесном осмотре, на пляже, в бане типичен при скрытой гомосексуальности и дисморфопсиях, которые сами по себе также могут быть признаком скрытой гомосексуальности. Разнонаправленными являются также инстинкты еды и питья. Так булимия часто сочетается с анорексией, избирательностью и неразборчивостью в рационе. У Л. это касается ее четырех «измерений». Как именно и сколько я должна есть если я женщина для мужчин – мало и нужно соблюдать диету, если женщина для женщин – есть сладкое, если мужчина для женщин – есть много и в основном мясо, если мужчина для мужчин – больше есть овощей и фруктов, много пить. Можно ли считать подобные объяснения паралогическими? На самом деле, системы еды и питья семантически и возможно физиологически тесно связаны с гендерными ролями. Озабоченность своим весом более характерна для женщин (диета), высокая агрессивность связывается с мужской половой ролью (мясо), женская гомосексуальность предполагает утонченное удовольствие (сладкое), мужская пассивная гомосексуальность с вегетарианством (овощи и фрукты). Семантические переносы «сексуальность – еда» присутствуют в обыденной речи, утончённая сексуальность именуется «клубничкой», возлюбленная считается «сладенькой». Продуктам приписывается влияние на генеративные свойства, так поедание острой и мясной пищи беременной может привести к рождению мальчика, а молочной и овощной к рождению девочки. В структуре лидерства, относящейся к системе доминирования и иерархии определяются также главных 4 ранга (альфа, бета, гамма, дельта), которые хотя и по-разному направлены, но все же ассоциированы как между собой, так и с половыми ролями. Ассоциация рангов выражается в их балансе в популяции, например соотношения доминантов (альфа и иногда бета) и субмиссивов (гамма и дельта) не может быть 1: 1, поскольку в этом случае неизбежны конфликты между доминантами. Несмотря на то, что среди женщин также встречаются доминанты, истинной женственностью считается субмиссивность, а истинной маскулинностью – доминантность и агрессивность. Неверное восприятие собственного ранга характерно для аномалий личности. У Л. представление о собственном ранге прямо связано с 4 половыми ролями, двум доминантным ролям противопоставлены две субмиссивные роли. Комфортные системы инстинктов, к которым мы относим отношение к своему внешнему облику также сильно различаются, женственным она полагает облик блондинки, гомосексуальным – брюнетки, или укладки коротких волос, мужественность ассоциирует с сединой. Действительно, стандартом европейского восприятия нежной женственности является именно блондинка, а женщины вамп чаще изображаются брюнетками. Седина уже не просто признак мужественности, но умудренной мужественности. Разделение системы парфюмерии на жесткую и холодную – мужскую и теплую, нежную – женскую, общепринято. Простые наблюдения показывают, что действительно, улыбка при наблюдении детей и домашних животных более характерна для женщин, чем для мужчин, они же чаще называют своих любимцев детскими именами. Территориальные системы у Л. также различаются при различных половых ролях, домоседство ассоциировано с женской ролью, тяга к перемене мест и приключениям с гомосексуальностью и мужской ролью. Даже стремление к психоактивной трансформации сознания имеет половое предпочтение: абстинентность при женской роли, крепкие спиртные напитки при мужской, наркотики при гомосексуальной. В онтогенезе путаница половых ролей возможна в игровом контексте до пубертата. Это отражается в частоте подростковых гомосексуальных эпизодов и трансвестизма в подростковых ритуалах. В этом случае можно полагать кратковременный период множественной сексуальной ориентации до пубертата нормативным, но в ряде случаев происходит по разным причинам задержка фиксации конкретного пола. Задержка в онтогенезе фиксации инстинкта возможна не только для сексуальности. Например, ощущение собственной территории до 2-4 лет и стремление быть на границе своей и внешней территории в последующем онтогенезе не у всех фиксируется как чёткое разделение «своего и чужого». Оно не характерно для кочевых народов, ромов, но также при вагобандаже и дромомании. Символическая организация всей системы инстинктов у Л. кватерна и представлена отношениями: «Ж-М», «Ж-Ж», «М-М», «М-Ж». С учётом бинарной оппозиции половых ролей, иных отношений просто не может быть. Если каждую инстинктивную форму деятельности рассматривать с позиций амбивалентных отношений, то логика кватерности может быть распространена на все бессознательные психические процессы.

О.А. Гильбурд [4] считает, что она также должна быть распространена на 4 формы шизофрении. Инстинкт может быть усилен или ослаблен, а также искажен, но искаженный инстинкт, в частности парафилия также может быть усилен или ослаблен. Бинарные, троичные, квартильные и более сложно организованные системы являются, вероятно следствием прегнантности нашего мышления, то есть, его стремления к упорядоченности, но возможно эта прегнантность есть лишь отражение физической организации Мира. Позитивное – Божественное противопоставлено негативному – дьявольскому, но не может быть от него оторвано, между двумя числами существует мир иррациональных чисел, но он не существует без рациональных чисел. У Л. также невозможно изъятие одной из ипостасей. Аллегорией множественности в культуре является образ трикстера (пересмешника), который может демонстрировать как мужские, так и женские черты, противоположные варианты одежды и стиля поведения. Он символизирует юношескую неустойчивость выбора и суждения, легковесность и эфемерность. Другой аллегорией двуликости является Янус, старческое лицо которого обращено в прошлое, а юное в будущее. Сочетание сентиментальности и холодной жестокости, одновременно внешнего холода и внутренней сензитивности являются устойчивыми чертами амбивалентности. Однако наилучшей аналогией личностной кватерности является архетип кватерности, в частности, воплощенный в сторонах света: суровость и мужественность севера, мягкая расслабленность юга, мудрость и древность востока, и рационализм, прагматизм запада. Стилистика трикстера также может рассматриваться в конструкциях четверичности известных в культуре. Грустный, веселый, злой, безразличный шуты являются устойчивыми ролями со времен Средневековья. Все элементы интерпретации клинического случая представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Элементы интерпретации случая Л.

Этапы интерпретации	Интерпретация
Клинический феномен	Диссоциация, обсессивное мышление, расстройство половой идентификации
Аналогии	Множественные варианты идентификации всех форм инстинктивной деятельности, многоличностное расстройство
Историогенез	Символика трикстера
Филогенез	Сексуальность у приматов как средство коммуникации
Онтогенез	Множественность половой идентификации до пубертата и в пубертате
Средовой контекст	Символика «пляжа» и пляжной культуры
Аллегория и архетип	Кватерность и четыре варианта выбора цели
Сумма интерпретаций	Задержка на стадии подростковой психосексуальности. Диссоциативное психическое расстройство. Множественная половая идентификация.

Итак, предполагается, что случай Л. является иллюстрацией кватерной организации влечений, вторичной от аналогичной организации отношений половых ролей, диссоциации половых ролей при задержке развития консолидированной половой роли. Нозологически, данный случай может свидетельствовать о множественности сексуальной ориентации личности, как варианта многоличностного заболевания (F44.81, DSM-IIIR 300.14), которое начинается с расстройства половой идентификации (F64.2 по МКБ-10) в детском и подростковом возрасте. Однако уже в МКБ-11 F64 термин трансгендерность, «Расстройства половой идентификации», заменён на “Gender incongruence” (гендерное несоответствие) и гендерная дисфория автоматически сливается с трансгендерностью. При этом гендерная дисфория перенесена из психических и поведенческих расстройств в сексологию. И, следовательно, эта проблема уже не является уделом психиатров.

Уникальность клиники Л. заключается в том, что субличности не сменяют и не вытесняют последовательно друг друга, но существуют одновременно. Следует дифференцировать данную клинику с эгодистонической сексуальной ориентацией (F66.1) когда несформированная система Я, сказывает на всех параметрах Эго: телесном, инстинктивном, социальном и духовном. Нам приходилось встречаться также со случаями инверсии камин-аута, когда собственное признание в иной ориентации через несколько лет отвергается, а затем вновь утверждается в зависимости от цели, задач личности. Однако эти случаи не отмечались у оперированных трансгендеров.

Наша гипотеза заключается в том, что гендерное самосознание не одномерно, но кватерно или множественно, его канализация и выстраивание в онтогенезе может предполагать инверсию сходную с множественными расстройствами личности. Если при многоличностном заболевании определяются разные системы Я, то возможны случаи, когда лишь отдельные составляющие Я – инстинкты расщеплены и не консолидированы.

Список литературы:

1. Самохвалов В. П., Гильбурд О. А., Егоров В. И. Социобиология в психиатрии – М.: Видар, 2011. – 336 с.

2. Gransell L., Hansen H. Lige og ulige? Homoseksuelle, biseksuelle og transkшnnedes levevilker. Copenhagen, 2009, 132 p.

3. Feldman M. D. Playing Sick? Untangling the Web of Munchausen Syndrome, Munchausen by Proxy, Malingering, and Factitious Disorder. – New York: Brunner-Routledge, 2004. – 416 p.

4. Гильбурд О. А. Шизофрения. Семиотика, герменевтика, социобиология, антропология / О. А. Гильбурд. – М.: Видар, 2007. – 360 с.

Слюсарь Т.А., Абраменко Ю.В., Яковлев Н.А., Слюсарь И.Н.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Известно, что когнитивные расстройства (КР) при хронической ишемии головного мозга (ХИГМ) развиваются уже на ранних стадиях заболевания и, наряду с двигательными нарушениями, приводят к снижению качества жизни пациентов [4]. Однако особенности додементных КР у мужчин и женщин с ХИГМ, а также влияние фактора полового диморфизма на структурные изменения вещества головного мозга больных остаются мало изученными.

Цель исследования – выявление особенностей когнитивных расстройств у пожилых мужчин и женщин на ранних (додементных) стадиях ХИГМ.

Материалы и методы. Обследованы 176 пациентов в возрасте 55-74 лет: 104 женщины (средний возраст 64,3±1,0 год) и 72 мужчины (средний возраст 65,0±1,2 года) с ХИГМ, обусловленной артериальной гипертензией и ее сочетанием с атеросклерозом. Пациенты были сопоставимы по уровню образования, социальному статусу и степени соматической отягощенности. Диагноз и стадии заболевания устанавливали на основании принятых в России критериев [1]. ХИГМ I стадии диагностировали у 37,5% больных, ХИГМ II стадии – у 62,5%.

Критериями включения больных в исследование были: возраст от 60 до 74 лет; наличие ХИГМ I-II стадии гипертонического, атеросклеротического и смешанного генеза; среднее или высшее образование; информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: энцефалопатия не сосудистого генеза; тяжелые соматические, психические, эндокринные, гематологические, онкологические заболевания; перенесенные инсульты, черепно-мозговые травмы, инфекционные заболевания ЦНС; применение в течение последних 6 месяцев медикаментов, способных исказить результаты обследования (анксиолитики, антидепрессанты).

Обследование больных включало: анализ жалоб пациентов; исследование соматического и неврологического статуса; нейропсихологическое тестирование: краткую шкалу оценки психического статуса (КШОПС), батарею тестов для оценки лобной дисфункции (БТЛД) [7], тесты «5 слов», рисования часов, вербальных ассоциаций, пробу Шульте. Легкие когнитивные нарушения и умеренные когнитивные расстройства выявляли по принятым в настоящее время критериям [3, 9]. Статистическую обработку количественных данных проводили с помощью стандартного пакета программ SPSS 13.0 for Windows; использовали критерии t, χ2 и коэффициент корреляции Пирсона. Результаты считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Установлено, что на ухудшение памяти и внимания чаще жаловались женщины, чем мужчины (соответственно 72,2% и 50,0%, $p<0,05$). При этом трудности отыскания вещей из-за снижения памяти о том, «что куда положил», и нарушение ориентировки в незнакомой местности чаще отмечали женщины (соответственно 63,9% и 37,5% при 45,8% и 20,8% у мужчин, $p<0,05$), тогда как затруднения в подборе слов при разговоре и запоминании имен новых знакомых чаще испытывали мужчины (соответственно 45,8% и 47,9% при 15,3% и 27,8% у женщин $p<0,05$-$0,01$). Это могло указывать на наличие определенных когнитивных различий у пациентов женского и мужского пола на ранних стадиях ХИГМ и послужило основанием для проведения нейропсихологического тестирования.

По данным исследования когнитивной сферы, выраженность КР по суммарному баллу КШОПС и БТЛД оказалась достоверно выше у мужчин (соответственно 26,9±0,2 и 14,1±0,4 балла), чем у женщин (соответственно 28,0±0,2 и 14,9±0,3 балла) ($p<0,05$-$0,01$). КР дементного уровня у обследованных пациентов обоего пола отсутствовали. По современным критериям диагностики додементных нарушений [3, 9], умеренные когнитивные расстройства преобладали у мужчин с ХИГМ (69,4% при 46,2% у женщин), а легкие – у женщин (38,5% при 16,7% у мужчин) ($p<0,05$). Доля пациентов с ХИГМ без КР была приблизительно одинакова у мужчин (13,9%) и у женщин (15,3%). Время выполнения

пробы Шульте у мужчин с ХИГМ превышало аналогичный показатель у женщин (p<0,01), что указывало на более выраженное снижение быстроты реакции и способности концентрировать внимание у пациентов мужского пола. Статистически значимых половых различий показателей субтеста БТЛД «беглость речи» и теста на вербальные ассоциации у обследованных больных с ХИГМ не отмечалось. Результаты нейропсихологических тестов у пациентов с ХИГМ обоего пола были ниже возрастной нормы, что отражает нарушение у них способности к концентрации и поддержанию внимания, а также замедление скорости образования ассоциаций и речевой продукции. Подобный профиль КР у больных с ХИГМ, указывающий на дисфункцию глубинных отделов головного мозга, отмечали и другие исследователи [2, 3].

Результаты тестов на память оказались достоверно хуже у мужчин, чем у женщин (p<0,01). Введение семантической подсказки в тесте «5 слов» улучшало показатели отсроченного воспроизведения у лиц обоего пола. Нарушения зрительно-пространственных функций (по тесту рисования часов) оказались более выраженными у женщин (7,5±0,2 балла) по сравнению с мужчинами (8,1±0,2 балла) (p<0,05).

Вероятно, отмеченные различия в характере и выраженности КР у мужчин и женщин с ХИГМ могут определяться половыми особенностями как морфофункциональной организации головного мозга (мужчины изначально превосходят женщин по зрительно-пространственным способностям, а женщины – по речевым способностям и вербальной памяти) [8], так и структурных изменений мозгового вещества на ранних стадиях ХИГМ, что подтвердили результаты МРТ-исследования головы.

При МРТ головы, проведенной 56 мужчинам и 78 женщинам с ХИГМ, установлено, что единичные и мелкие (до 5 мм) ишемические очаги в веществе головного мозга преобладали у женщин с ХИГМ (43,6% при 10,7% у мужчин, p<0,05), а множественные ишемические очаги размером >5 мм – у пациентов-мужчин (39,3% при 10,4% у женщин, p<0,01). Также у мужчин с ХИГМ достоверно (p<0,05) чаще, чем у женщин, встречались лакунарные очаги в глубоких отделах белого вещества лобных долей (соответственно 50% и 23,1%), в головке хвостатого ядра (60,7% и 33,3%), таламусе (60,7% и 30,8%) и мосте мозга (46,0% и 20,5%), т.е. в структурах, функционально значимых для развития КР [6].

Отмеченные нами более выраженные диффузные и очаговые ишемические изменения вещества головного мозга у мужчин с ХИГМ (по сравнению с женщинами) в определенной степени могут объясняться более поздним обращением пациентов мужского пола за медицинской помощью и большей их приверженностью вредным привычкам (курение, алкоголизация), усугубляющим эндотелиальную дисфункцию и патологические изменения стенок церебральных сосудов, а также паренхимы головного мозга [5, 10].

Выводы. По данным нейропсихологического тестирования у мужчин с ХИГМ выявлены более отчетливые когнитивные расстройства (особенно нарушения внимания и вербальной памяти), а у женщин – более выраженные нарушения зрительно-пространственных функций. Результаты МРТ-исследования головы подтверждают данные литературы о роли церебральной атрофии и очаговых ишемических изменений вещества головного мозга в формировании у больных с ХИГМ когнитивных расстройств [2, 6]. При проведении нейровизуализационного исследования головного мозга у пожилых пациентов мужского пола с ранними проявлениями ХИГМ рекомендуется обращать внимание на наличие атрофических и очаговых ишемических изменений вещества головного мозга, а при обследовании женщин – на нейровизуализационные признаки лейкоареоза, что важно для планирования дифференцированной терапии.

Список литературы:

1. Дамулин И. В., Парфенов В. А., Скоромец А. А., Яхно Н. Н. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге // Болезни нервной системы: Рук. для врачей. Т. 1. М., 2001. С. 231–302.
2. Левин О. С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные представления о механизмах развития и лечении // Consilium medicum. 2006. Т. 8. № 8. С.72–79.
3. Локшина А. Б., Захаров В. В. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии // Неврол. журн. (Прилож. № 1). 2006. С. 53–57.
4. Суслина З. А, Гераскина Л. А., Фонякин А. В. Артериальная гипертония, сосудистая патология мозга и антигипертензивное лечение. М., 2006.

5. Ясаманова А.Н., Мартынов М. Ю., Гусев Е. И. Функциональное состояние эндотелия при хронической ишемии головного мозга // Материалы IX Всероссийского съезда неврологов. Ярославль, 2006. С. 509.

6. Яхно Н. Н., Левин О. С., Дамулин И. В. Сопоставление клинических и МРТ-данных при дисциркуляторной энцефалопатии. Сообщение 2: Когнитивные нарушения // Неврол. журн. 2001. Т. 6. № 3. С. 10–19.

7. Dubois B., Slachevsky A., Litvan I., Pillon B. The FAB: a frontal assessment battery at bedside // Neurology. 2000. Vol. 55. P. 1621-1626.

8. Overman W. H. Cognitive gender differences in children: comparison with animals // International Journal of Psysochology: Abstracts of XXVII International Congress of Psychology. Stockholm. 2000. P. 112.

9. Petersen, R. S., Touchon J. Consensus on mild cognitive impairment // Res. practice Alzheimer Dis. 2005. Vol.10. P.24–32.

10. Straussner S.L.A., Zelvin E. Gender and addictions. New Jercsy Jason Aroson Inc., 1997.

Чумаков Е.М.[1,2], Петрова Н.Н.[1]

КОМПУЛЬСИВНОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ – ФОКУС НА МКБ-11

[1]Санкт-Петербургский государственный университет,
[2]Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко, Санкт-Петербург

Компульсивное сексуальное поведение (КСП) – это клинический синдром, характеризующийся сексуальными побуждениями, фантазиями и поведением (например, множественными случайными сексуальными связями, мастурбацией, чрезмерным использованием порнографии и др.), нарастающими в интенсивности и частоте со временем и приводящими к неблагоприятным последствиям в повседневной жизни, включая личные устремления, межличностные отношения и профессиональные занятия. Люди с КСП часто воспринимают свое сексуальное поведение чрезмерным, но не могут контролировать его. Они действуют импульсивно и/или страдают от навязчивых мыслей и поведения.

Клинически выделяют два вида КСП: парафильное и непарафильное. Парафильное КСП включает нетрадиционное или социально девиантное повторяющееся импульсивное или компульсивное сексуальное поведение, в то время как непарафильное КСП включает чрезмерное нормативное сексуальное поведение, имеющее негативные последствия, описанные выше.

В настоящее время в научной литературе продолжается обсуждение целесообразности включения КСП в классификации психических и поведенческих расстройств. Это является в том числе следствием не только различных подходов к пониманию данного патологического состояния, но и терминологических разногласий. Так, в разные периоды времени в научной литературе широко использовались такие термины, как «гиперсексуальность» (‘hypersexuality’), «сексуальная зависимость» (‘sexual addiction’), «сексуальная импульсивность» (‘sexual impulsivity’) и другие. Причинами высказываемого скепсиса в научной среде к включению данного расстройства в официальные классификации психических и поведенческих расстройств являются недостаточное количество эмперических данных и проведенных исследований, потенциальная возможность злоупотребления диагностикой данного расстройства (юридический аспект). Также исследователи отмечают, что клиническая диагностика сексуального поведения как гиперсексуального затруднена, так как сексуальное поведение является уникальным и индивидуальным, может быть ситуативно обусловленным, основанным на суждениях о ценностях и может оцениваться через культуральный контекст, что может привести к политическим злоупотреблениям и социальному контролю.

Проведение популяционных исследований КСП в настоящее время является затруднительным ввиду отсутствия повсеместно принятых и определённых критериев, основные исследования проводятся на малых выборках или здоровых добровольцах. Эпидемиологические и клинические данные о КСП и его связи с другими психическими расстройствами в России также ограничены. Оценочный показатель распространенности КСП находится в диапазоне 3-6% с повышением распространённости в отдельных социальных группах: исследование выборки людей, практикующих сексуальные контакты с представителями своего пола, выявило признаки КСП у 27,9% обследованных. КСП встречается чаще у мужчин, что основывается на результатах клинических исследований на малых выборках. Мужчины также превалируют среди обращающихся за помощью в связи с данным расстройством (до 80%).

Наиболее частыми проявлениями КСП являются промискуитет, компульсивный поиск сексуальных партнёров или множественные случайные сексуальные контакты (22-76%). КСП имеет высокую распространённость у мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (МСМ) и ассоциировано с повышенным риском заражения ВИЧ-инфекцией. МСМ с признаками КСП чаще вступают в незащищённые анальные сексуальные контакты, имеют большее количество сексуальных партнёров, чаще вступают в сексуальные контакты в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, чаще болеют ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путём. КСП у МСМ ассоциировано с рискованным сексуальным поведением, потреблением психостимуляторов и сексуальными контактами в состоянии наркотического опьянения, вызванного психостимуляторами.

Современные исследования свидетельствуют о наличии нейробиологических коррелятов КСП. Известно, что сексуальное поведение находится под контролем центральных механизмов, включающих нейроэндокринную регуляцию, лимбическую систему и тормозную активность лобной доли. У пациентов с КСП определяется большая региональная активация головного мозга в вентральной части полосатого тела, дорсальной части передней поясной извилины и миндалевидном теле в ответ на явные сексуальные сигналы в сравнении со здоровыми добровольцами. КСП ассоциируется с повышенной активностью лимбической системы, имеющей отношение к мотивационной значимости и обработке эмоций, а также с нарушением функциональных связей между префронтальными отделами мозга и лимбической системой.

КСП имеет высокую коморбидность с другими психическими расстройствами (как в течение жизни – до 100%, так и в момент обращения за помощью – до 88%). Наиболее часто КСП встречается у пациентов с аффективными и тревожными расстройствами, химическими зависимостями.

Несмотря на то, что в последние годы были разработаны и валидизированы несколько скрининговых методов на выявление признаков КСП (Sexual Compulsivity Scale (SCS), the Compulsive Sexual Behavior Inventory (CSBI-22) и др.), ни одна из этих методик не была переведена и адаптирована для использования в русскоязычной популяции. Единственным переведённым на русский язык, но не валидизированным, является Тест Карнеса для определения сексуальной аддикции, разработанный в 1989 году, однако он не соответствует современному пониманию расстройства. Более того, он не может быть использован в наиболее подверженной КСП группе – МСМ, так как не адаптирован к использованию в этой социальной группе с учётом культуральных особенностей региона.

Несмотря на многообещающие результаты, полученные в результате клинических полевых исследований, подтверждающие достоверность и обоснованность диагностических критериев для КСП (в соответствии с подходом DSM – Расстройство гиперсексуальности, «Hypersexuality Disorder»), Совет попечителей Американской психиатрической ассоциации отказался включить его в 5-е издание Диагностического и статистического руководства по Психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition). Тем не менее, рабочая группа по обсессивно-компульсивным и относящимся к ним расстройствам рекомендовала включить «компульсивное расстройство сексуального поведения» в Международную классификацию болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) в категорию Расстройств побуждений (Impulse control disorders).

В настоящее время на сайте ВОЗ опубликована для ознакомления МКБ-11, где приведено следующее описание компульсивного расстройства сексуального поведения (6C72 – Compulsive sexual behaviour disorder): «Компульсивное расстройство сексуального поведения характеризуется постоянным характером неспособности контролировать интенсивные, повторяющиеся сексуальные импульсы или побуждения, приводящие к повторному сексуальному поведению. Симптомы могут включать повторяющиеся сексуальные действия, становящиеся центральным направлением жизни человека, вплоть до пренебрежения здоровьем и личной заботой или другими интересами, действиями и обязанностями; многочисленные безуспешные усилия по значительному сокращению повторяющегося сексуального поведения; и продолжение повторяющегося сексуального поведения, несмотря на неблагоприятные последствия или получения от него удовлетворения в небольшой степени или отсутствие такового удовлетворения. Характер неспособности контролировать интенсивные сексуальные импульсы или побуждения и возникающее в результате повторное половое поведение проявляется в течение длительного периода времени (например, 6 месяцев и более) и вызывает заметное расстройство или значительное ухудшение в личном, семейном, социальном, образовательном, профессиональном или других важных областях функционирования. Расстройство, полностью связанное с моральными суждениями и неодобрением по поводу сексуальных импульсов, побуждений или поведения, недостаточно для удовлетворения этого требования».

Таким образом, Расстройство сексуального компульсивного поведения в МКБ-11 становится самостоятельной диагностической единицей, что позволит повысить интерес исследователей и клиницистов к данному патологическому состоянию, а это, в свою очередь, приведёт к разработке новых стратегий лечения КСП и повышению качества оказания медицинской помощи пациентам.

Ягубов М.И., Кан И.Ю.

ОРГАЗМИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН

Московский научно-исследовательский институт психиатрии (филиал Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского), Москва

Снижение оргастических ощущений, наряду с расстройством эрекции и либидо, одна из преобладающих жалоб, предъявляемых пациентами при обращении за сексологической помощью. Врачи соматической практики, к которым обращаются пациенты за помощью, нередко не уделяют внимания или не распознают аффективные нарушения, преимущественно оказывающиеся причиной расстройств полового влечения и оргазма. Аффективные расстройства у этих больных чаще представлены в виде соматизированных, субдепрессивных и астенических нарушений, чем и объясняется их необращение к психиатрам. На фоне подобной клинической картины пациентам часто назначают различные гормональные средства, противовоспалительные препараты, биологически активные добавки, витамины, которые оказываются неэффективными.

Тесную связь физиологических и психических компонентов в возникновении и характеристике оргазма отмечают и другие специалисты. Г.С. Васильченко [1] предлагает системное толкование механизмов оргазма, выделяя из функционального единства церебральный и сегментарный уровень. Данная концепция позволяет в какой-то мере объяснить разнообразие диссоциаций между субъективным ощущением сексуального удовольствия, облегчением сексуального напряжения и физиологическими проявлениями, в частности, эякуляцией у мужчин (эякуляция без оргазма, оргазм без эякуляции).

Целью настоящего исследования является изучение оргазмических дисфункций у мужчин в рамках различных психических расстройств, их взаимосвязи с расстройством полового влечения и разработка комплекса терапевтических мероприятий.

Материал и методы. Нами было обследовано 85 мужчин в возрасте от 22 до 55 лет (средний возраст 37,3+ 13,9) из числа обратившихся в отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций. У каждого пациента было получено информированное согласие. Признаком, по которому пациенты включались в изучаемую группу, являлось нарушение или отсутствие оргастических ощущений во время полового акта или при заместительных формах половой активности (мастурбации, глубоком петтинге и других). Для изучения применялся клинико-сексологический метод. Для сравнения характерных клинико-психопатологических особенностей оргазмических дисфункций в рамках различных вариантов психической патологии на фоне расстройств полового влечения в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 больные были распределены на шесть групп.

Первую группу составили 16 пациентов (13,6%), у которых оргазмические дисфункции возникали при невротических расстройствах (при неврастении – 7 (5,95%), соматизированных – 4 (3,4%) и ипохондрических расстройствах – 5 (4,25%). Во вторую группу вошли 11 пациентов (9,35%), у которых оргазмические дисфункции наблюдались в рамках аффективных расстройств (пролонгированных и смешанныхтревожно – депрессивных реакциях) – 8 (6,8%) и дистимии – 3 (2,55%). Третью группу составили пациенты с оргазмическими дисфункциями в рамках шизотипического расстройства – 20 (17%). В четвертой группе объединены больные с оргазмическими дисфункциями и специфическими расстройствами личности – 12 (10,2%). Пятая группа представлена пациентами с оргазмическими дисфункциями на фоне органических расстройств – 15 (12,75%). К шестой группе были отнесены пациенты с оргазмическими дисфункциями при расстройствах сексуального поведения – 11 (9,35%) на фоне нарушений полового развития.

Результаты и обсуждение. В первой группе, у больных с неврастенией оргазмические дисфункции в основном были представлены снижением яркости оргастических ощущений на фоне состояния постоянного переутомления с жалобами на вялость, слабость, плохой сон. Основной жалобой больных с соматизированными расстройствами наряду с оргазмическими и нарушениями либидо были боли различной локализации. В структуре сексуальной патологии преобладают сочетанные оргазмические дисфункции.

Во второй группе у наблюдаемых нами больных с пролонгированными депрессивными реакциями и смешанными тревожно-депрессивными реакциями, возникающими вследствие различных психотравмирующих факторов, сексуальные нарушения в виде ослабления оргастических ощущений фиксировались на фоне снижения сексуального влечения (сочетанные) у всех пациентов. При дистимии сексуальные нарушения в виде снижения яркости оргастических ощущений, отсутствия удовлетворенности после оргазма возникали на фоне длительных периодов сниженного настроения и усталости, раздражительности, угнетенности, ангедонии и ощущения физического нездоровья.

В третьей группе сексуальные нарушения были представлены как снижением и отсутствием оргастических ощущений в сочетании с нарушением полового влечения, так и изолированными, манифестирующими, как правило, в пубертате, с исчезновением или искажением только оргастических ощущений. Нарушения оргазма у больных с шизотипическими расстройствами были связаны с нарастанием негативной симптоматики.

В четвертой группе специфические расстройства личностихарактеризуются устойчивыми поведенческими и аффективными реакциями и состояниями, определяющими стиль жизни пациента. Сексуальные дисфункции у них представлены сочетанными оргазмическими расстройствами, в основном с нарушениями либидо.

Пятую группу в основном составили пациенты, имевшие в анамнезе церебральный атеросклероз, черепно-мозговые травмы, эпилепсию, инсульт и другие органические мозговые синдромы [3, 4]. У всех больных фиксировались сочетанные нарушения оргазма.

У всех больных в шестой группе с оргазмическими дисфункциями при расстройствах сексуального поведения на фоне нарушений полового развития отмечались сочетанные оргазмические нарушения. В качестве основных причин нарушений сексуального развития выступают органические, эндокринные, конституциональные, социогенные, психогенные, психические факторы.

Лечебно-реабилитационные мероприятия больных с оргазмическими дисфункциями и нарушениями полового влечения [2] включают три этапа и носят комплексный характер. Терапевтическая тактика строится с учетом определяющей роли психической патологии и выявленных в ходе исследования факторов, участвующих в их формировании. В связи с этим на первом этапе терапии основной акцент делается на психофармакотерапию и психотерапию. На втором этапе терапии по мере редукции психопатологической симптоматики у больных с положительной динамикой как психопатологической, так и сексопатологической симптоматики, дозировки препаратов постепенно снижаются.

Третий этап лечебно-реабилитационных мероприятий направлен на сексуальную реадаптацию пар. С этой целью применяются методы рациональной терапии, включающие секстерапевтические рекомендации с учетом индивидуальных особенностей данной пары.

Заключение. Таким образом, на основании изучения представленного клинического материала было установлено, что возникновение оргазмических дисфункций и расстройств полового влечения непосредственно связано с психопатологическим процессом. При этом обращает на себя внимание существенные отличия от других групп в соотношении сочетанных и изолированных нарушений оргазма и либидо у пациентов, страдающих шизотипическими расстройствами. Несмотря на очевидное влияние негативной симптоматики, как на оргазм, так и на половое влечение, в этой группе у больных отмечались устойчивые жалобы на исчезновение или искажение только оргастических ощущений, не затрагивая в их тематической интерпретации нарушений либидо. В других группах преобладали сочетанные расстройства оргазма и полового влечения, подтверждая тесную связь этих важнейших сексологических феноменов на психологическом и физиологическом уровнях копулятивного цикла. Выявленные особенности формирования оргазмических дисфункций, их клиническая взаимосвязь позволяют обосновать дальнейшие психокоррекционные мероприятия.

Список литературы:

1. Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. и др.; Под ред. Г.С. Васильченко.- Сексопатология: Справочник.- М.: Медицина, 1990.-с.17, 18.
2. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И., Кан И.Ю. Нарушения полового влечения у мужчин в клинике психических расстройств непсихотического уровня: Методические рекомендации.- Москва, 2017.- 23 с.
3. Luu P., Tucker D.M. Self – regulation and the executive functions: electrophysiological clues. In: The cognitive electrophysiology of mind and brain. Elsevier Science 2002; g: 199-223.
4. Taber K.H., Wen C., Khan A., Hurley R.A. The Limbic Thalamus. J NeuropsychiatClinNeurosci 2004; 16: 5: 127-132.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А
Абраменко Ю.В. 85
Айриянц И.Р. 3
Алексеев Б.Е. 6
Ашуров З.Ш. 59

Б
Бабарахимова С.Б. 9
Берегулина Л.Н. 13

В
Важинская Н.В. 47
Введенский Г.Е. 21

Д
Денисов М.Ф. 23

Е
Егоров А.Ю. 33

Ж
Жукова Д.И. 43

З
Задорожная О.В. 47
Зислин И. 51

И
Искандарова Ж.М. 54

К
Каменсков М.Ю. 57
Кан И.Ю. 90
Ким Д.П. 59
Копытов А.В. 62
Копытов Д.А. 62

Л
Левченко Н.С. 74
Лесков А.Н. 23
Литвинцев С.В. 67

М
Матевосян С.Н. 71

Н
Николаева Е.Р. 74

О
Олейчик И.В. 74

П
Петрова Н.Н. 88
Пуговкина О.Д. 76

С
Самохвалов В.П. 78
Синевич А.А. 62
Слюсарь И.Н. 85
Слюсарь Т.А. 85
Снедков Е.В. 23

Ч
Чумаков Е.М. 88

Ю
Юнилайнен О.А. 74

Я
Ягубов М.И. 3, 90
Яковлев Н.А. 85

СОДЕРЖАНИЕ

Айриянц И.Р., Ягубов М.И.
ОСОБЕННОСТИ ЛИБИДО У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ КОИТАЛЬНОЙ АНОРГАЗМИЕЙ 3

Алексеев Б.Е.
ПСИХОСЕКСУАЛЬНАЯ СФЕРА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЕЕ РОЛЬ В АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМАХ 6

Бабарахимова С.Б.
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ ДЕПРЕССИВНОГО ГЕНЕЗА 9

Берегулина Л.Н.
АРТ-ТЕРАПИЯ С ЖЕНЩИНАМИ, ПЕРЕНЁСШИМИ СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ В ДЕТСТВЕ. 13

Введенский Г.Е.
ДИССОЦИАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПАРАФИЛИЯХ 21

Денисов М.Ф., Снедков Е.В., Лесков А.Н.
ПРОВЕРКА ГИПОТЕЗЫ «ЭСТРОГЕННОЙ ЗАЩИТЫ» ОТ ШИЗОФРЕНИИ: ПРОИСХОДИТ ЛИ В ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН ВТОРОЙ ВОЗРАСТНОЙ ПИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ? 23

Егоров А.Ю.
ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПОЗДНЕГО АЛКОГОЛИЗМА 33

Жукова Д.И.
СЕКСУАЛЬНЫЕ ДЕВИАЦИИ ПРИ ДИСМОРФОФОБИИ 43

Задорожная О.В., Важинская Н.В.
ФЕНОМЕНЫ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ, КАК СПОСОБ КОММУНИКАЦИИ С ПЕРСОНАЛОМ 47

Зислин И.
СТРАДАЛ ЛИ ЭДИП ЭДИПОВЫМ КОМПЛЕКСОМ?
(ОТ АНТИЧНОГО МОТИВА К СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИКЕ) 51

Искандарова Ж.М.
ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА 54

Каменсков М.Ю.
ДИАГНОСТИКА ПАРАФИЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИНАКУЛЯРНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ТРЕКИНГА 57

Ким Д.П., Ашуров З.Ш.
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ 59

Копытов А.В., Копытов Д.А., Синевич А.А.
СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНЫЙ СТАТУС У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ 62

Литвинцев С.В.
НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ И КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ К ЛИЦАМ С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ 67

Матевосян С.Н.
РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И АССОЦИИРОВАННЫЕ С НИМИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ 71

Олейчик И.В., Юнилайнен О.А., Левченко Н.С., Николаева Е.Р.
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА У БОЛЬНЫХ ЖЕНСКОГО ПОЛА 74

Пуговкина О.Д.
НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ КАК МИШЕНЬ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ: ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ 76

Самохвалов В.П.
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГЕРМЕНЕВТИКА МНОЖЕСТВЕННОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ 78

Слюсарь Т.А., Абраменко Ю.В., Яковлев Н.А., Слюсарь И.Н.
ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА 85

Чумаков Е.М., Петрова Н.Н.
КОМПУЛЬСИВНОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ – ФОКУС НА МКБ-11 88

Ягубов М.И., Кан И.Ю.
ОРГАЗМИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН 90

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ 92

Психиатрия:
гендерные и сексологические аспекты

[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
Санкт-Петербург (30 ноября 2018 года)

Под общей редакцией С.Я. Свистуна, М.Ф. Денисова, Е.В. Снедкова

ISBN 978-5-905498-89-3

© СПбГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца», 2018
© Коллектив авторов, 2018
© ООО «Альта Астра», оформление, 2018