

Омский психиатрический журнал

1 (42) 2025



Omsk Journal of Psychiatry

1 (42) 2025

**ISSN
2412-8805**

Издание зарегистрировано в
Федеральной службе по
надзору в сфере связи,
информационных
технологий и массовых
коммуникаций
Свидетельство
ЭЛ № ФС 77 - 88857 от
13.12.2025

Учредитель:
Областная общественная
организация "Омское
Общество психиатров"

Адрес редакции:
644070, Омская обл., г.
Омск, ул. Куйбышева, д. 30

Форма распространения:
Сетевое издание

Языки:
русский, английский

**Территория
распространения:**
Российская Федерация
зарубежные страны

Доменное имя
OMSKOOP.RU

Электронная почта:
pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице -
репродукция картины
Джем Хэм
"Своенравное мышление"
2017

Омский психиатрический журнал

Научно-практическое сетевое издание

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Антилогова Л.Н., д.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)
Крахмалева О.Е., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Одарченко С.С., д.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Титов Д.С.
Омский наркологический диспансер (Омск)
Чеперин А.И., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Александрова Н.В., к.м.н.
Омский государственный университет (Омск)
Антонова А.С., к.м.н.
Омский наркологический диспансер (Омск)
Белебева Е.А.
Омское общество психиатров (Омск)
Гирфанова Е.П.
Медицинский Союз Омской области
Иванова Т.И.
Омское общество психиатров (Омск)
Гранкина И.В., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Федорова Н.В., к.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)

1 (42) 2025

ISSN
2412-8805

The Journal is registered by
the Federal Service for
Supervision of
communications, information
technology, and mass media

Mass Media Registration
Certificate
ЭЛ № ФС 77 - 88857
dated 13.12.2025

Founder:

Regional public organization
"Omsk Society of
Psychiatrists"

Editorial address:

644070, Omsk region, Omsk,
Kuibysheva st., 30

Distribution form:

Online publication

Languages:

Russian, English

Distribution territory:

Russian Federation
foreign countries

Domain name

OMSKOOP.RU

E-mail:

pontiac@list.ru

The publication uses materials
and illustrations from open
Internet sources

The title page contains a
reproduction
of the painting
Jem Ham
Wayward thinking.
2017

Omsk Journal of Psychiatry

Scientific and practical online publication

The journal is included in the Russian Science Citation Index (RSCI) system

EDITOR-IN-CHIEF

Chetverikov D.V., Doctor of Ps.Sc., Ph.D.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)

EDITORIAL BOARD:

Antilogova L.N., Doctor of Ps.Sc.
Omsk State Pedagogical University (Omsk)
Krakhmaleva O.E., Ph.D.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Odarchenko S.S., Doctor of Med. Sc.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Titov D.S.
Omsk Narcological Dispensary (Omsk)
Cheperin A.I., Ph.D.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)

EDITORIAL BOARD:

Alexandrova N.V., Ph.D.
Omsk State University (Omsk)
Antonova A.S., Ph.D.
Omsk Narcological Dispensary (Omsk)
Belebekha E.A.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Girfanova E.P.
Medical Union of Omsk Region
Grankina I.V., Ph.D.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Ivanova T.I., Doctor of Med. Sc.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Fedorova N.V., Ph.D.
Omsk State Pedagogical University (Omsk)

Содержание

КОЛОНКА РЕДАКТОРА	3
КЛИНИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	
<i>Н.А. Голованова, Р.В. Зятиков, П.С. Жеренюк</i> Смешанное расстройство личности в практике принудительного лечения в психиатрическом стационаре: клиническое наблюдение	5
<i>И.П. Осипкина, Л.В. Смачная, Т.Г. Плетнева</i> Неоднородность синдрома фантазирования в практике детского психиатра	11
ПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ	
<i>Д.В. Четвериков, С.С. Одарченко, М.И. Шеденко</i> Проблемы и перспективы лечения депрессий антидепрессантами	15
ПСИХОТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ	
<i>В.Е. Чиряков, Е.Г. Пурясова</i> Профилактика синдрома эмоционального выгорания у консультанта «Телефона доверия»	23
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ	
<i>О.В. Анохина, Н.В. Александрова</i> Профессиональный стресс и особенности эмоционального выгорания у руководителей территориального органа МВД России	27

Table of Contents

EDITOR'S COLUMN	3
CLINIC OF MENTAL DISORDERS	
<i>N.A. Golovanova, R.V. Zyatikov, P.S. Zherenyuk</i> Mixed personality disorder in the practice of involuntary treatment in a psychiatric hospital: a clinical case	5
<i>И.П. Осипкина, Л.В. Смачная, Т.Г. Плетнева</i> Неоднородность синдрома фантазирования в практике детского психиатра	11
PSYCHOPHARMACOLOGY	
<i>D.V. Chetverikov, S.S. Odarchenko, M.I. Shedenko</i> Problems and perspectives of depression treatment with antidepressants	15
PSYCHOTHERAPY AND REHABILITATION	
<i>V.E. Chiryakov, E.G. Puryasova</i> Prevention of emotional burnout syndrome in the "Helpline" consultant	23
CLINICAL PSYCHOLOGY	
<i>O.V. Anokhina, N.V. Aleksandrova</i> Professional stress and features of emotional burnout in leaders of the territorial department of the Ministry of Internal Affairs of Russia	27

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Современное общество переживает эпоху глубокой трансформации отношения к психическому здоровью. Эта тема становится неотъемлемой частью повседневной жизни, влияя на качество нашего существования и социальных взаимодействий. В этом контексте психиатрия оказывается на передовой линии, сталкиваясь с вызовами, которые требуют не только профессионализма, но и нового взгляда на диагностику, терапию и реабилитацию.

Одной из ключевых задач психиатрии остается профилактика общественно опасных деяний среди людей с психическими расстройствами. Успех в этой сфере во многом определяется способностью специалистов правильно диагностировать сложные случаи, включая смешанные формы расстройств личности. Например, сочетание шизоидных, эмоционально-неустойчивых и диссоциальных черт требует от врача не только глубоких знаний, но и чуткости к индивидуальным особенностям пациента. Принудительное лечение в психиатрических стационарах, сопровождаемое психокоррекцией и реабилитацией, доказывает свою эффективность не только в снижении социальной опасности, но и в восстановлении качества жизни пациентов.

Однако психическое здоровье — это не только проблемы взрослых, но и вызовы детства. Развитие фантазии у детей — важный аспект формирования личности. В возрасте от двух до пяти лет фантазирование играет ведущую роль в развитии мышления, эмоций и интересов. Но как отличить норму от патологии? Именно в этот период закладываются основы, которые могут либо способствовать полноценному развитию, либо стать индикатором будущих проблем. Патологическое фантазирование, связанное с психическими расстройствами, такими как шизофрения или маниакальные состояния, требует своевременного вмешательства. Современные исследования показывают, что психотерапия, воспитательная коррекция и, в некоторых случаях, медикаментозное лечение могут существенно изменить прогноз таких детей.

Еще одним актуальным вопросом является психофармакологическая резистентность, которая стала настоящим вызовом для медицины XXI века. До 60% пациентов с депрессией не отвечают на стандартные методы лечения, что подчеркивает необходимость поиска новых подходов. Альтернативные нейромедиаторные

системы, такие как глутаматергическая или опиоидная, открывают новые горизонты. Современные препараты уже доказывают свою эффективность в сложных случаях. Однако одной фармакологией дело не ограничивается. Интернет и социальные сети становятся двуликим Янусом: с одной стороны, они предоставляют доступ к поддержке и информации, с другой — усиливают стигматизацию и распространяют дезинформацию. Борьба с этим явлением через создание научного контента и повышение цифровой грамотности становится важным шагом на пути к успешному лечению.

Нельзя оставить без внимания проблему эмоционального выгорания. Эта тема касается как специалистов служб телефонного консультирования, так и руководителей, работающих в условиях высокой психологической нагрузки. Телефонные консультанты сталкиваются с постоянным эмоциональным напряжением, а руководители МВД — с экстремальными ситуациями, требующими мгновенных решений. Выгорание приводит не только к снижению профессиональной эффективности, но и к личностным проблемам, включая сомнения в своих силах, апатию и агрессивность. Профилактика этого явления должна включать тренинги, программы саморегуляции и создание благоприятной рабочей среды. Только так можно сохранить психическое здоровье сотрудников и обеспечить их продуктивность.

Наш журнал посвящён анализу и поиску решений для самых сложных задач в сфере психического здоровья. Мы уверены, что предлагаемые материалы не только обогатят ваш профессиональный опыт, но и вдохновят на внедрение инноваций в практику. Благодарим за интерес к нашим публикациям и надеемся, что вы найдете в этом выпуске ответы на вопросы, которые помогут вам сделать мир вокруг немного лучше.

Правление Омского общества психиатров

Редакционная коллегия

Editor's Column

Dear colleagues

Modern society is undergoing a deep transformation in its approach to mental health. This issue is becoming an integral part of everyday life, influencing the quality of our existence and social interactions. In this context, psychiatry stands on the front lines, facing challenges that require not only professionalism but also a fresh perspective on diagnosis, therapy, and rehabilitation.

One of psychiatry's key tasks remains the prevention of socially dangerous actions among people with mental disorders. Success in this area is largely determined by the specialists' ability to correctly diagnose complex cases, including mixed forms of personality disorders. For example, the combination of schizoid, emotionally unstable, and dissociative traits demands not only deep knowledge from the physician but also sensitivity to the patient's individual characteristics. Involuntary treatment in psychiatric hospitals, combined with psychotherapy and rehabilitation, has proven effective not only in reducing social danger but also in restoring the quality of life of patients.

However, mental health is not only an issue for adults but also presents challenges in childhood. The development of imagination in children is an essential aspect of personality formation. From two to five years old, fantasizing plays a leading role in the development of thinking, emotions, and interests. But how do we distinguish the norm from pathology? It is during this period that the foundations are laid, which can either foster full development or serve as indicators of future problems. Pathological fantasizing associated with mental disorders, such as schizophrenia or manic states, requires timely intervention. Modern studies show that psychotherapy, corrective upbringing, and, in some cases, medication can significantly alter the prognosis for these children.

Another pressing issue is psychopharmacological resistance, which has become a real challenge for 21st-century medicine. Up to 60% of patients with depression do not respond to standard treatment methods, highlighting the need for new approaches. Alternative neurotransmitter systems, such as glutamatergic or opioid systems, open up new horizons. Modern drugs have already

proven their effectiveness in complex cases. However, pharmacology alone is not enough. The internet and social networks have become a double-edged sword: on one hand, they provide access to support and information, while on the other, they intensify stigmatization and spread misinformation. Combating this phenomenon through the creation of scientific content and increasing digital literacy is an important step toward successful treatment.

We cannot overlook the issue of emotional burnout. This topic concerns both telephone counseling specialists and leaders working in high psychological stress environments. Telephone counselors face constant emotional tension, while law enforcement leaders encounter extreme situations requiring immediate decisions. Burnout leads not only to decreased professional effectiveness but also to personal issues, including self-doubt, apathy, and aggression. Preventing this phenomenon must include training programs, self-regulation programs, and the creation of a favorable working environment. Only in this way can we preserve employees' mental health and ensure their productivity.

Our journal is dedicated to analyzing and seeking solutions to the most complex issues in mental health. We are confident that the materials presented will not only enrich your professional experience but also inspire innovation in practice. We thank you for your interest in our publications and hope that you will find answers in this issue to questions that will help you make the world around us a little better.

Board of the Omsk Society of Psychiatrists

Editorial Board

Клиника психических расстройств

616.89-008.44:343.2

СМЕШАННОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ В ПРАКТИКЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Н.А. Голованова, Р.В. Зятиков, П.С. Жеренюк

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»*

Аннотация. Профилактика общественно-опасных деяний среди психически больных важна для успешного принудительного лечения в психиатрическом стационаре. Ее эффективность зависит от точной диагностики симптоматики, лечения и социальной адаптации пациентов. Статья акцентирует внимание на трудностях диагностики расстройств личности (РЛ), особенно смешанных форм, которые могут быть ошибочно приняты за шизофрению или биполярное расстройство. Важными аспектами терапии являются психокоррекция личностных особенностей и психосоциальная работа. Пример из клинической практики показывает, что при смешанных расстройствах личности диагноз может быть пересмотрен, но лучший результат достигается через психокоррекционные и психосоциальные методы, что подтверждает их значимость для снижения социальной опасности у правонарушителей с расстройствами личности.

Ключевые слова. Профилактика деяний, расстройства личности, диагностика и психокоррекция.

MIXED PERSONALITY DISORDER IN THE PRACTICE OF COMPULSORY TREATMENT IN PSYCHIATRIC HOSPITALS: CLINICAL CASE

N.A. Golovanova, R.V. Ziatikov, P.S. Zhereniuk

Abstract: Prevention of socially dangerous actions among mentally ill individuals is crucial for successful compulsory treatment in psychiatric hospitals. Its effectiveness depends on accurate diagnosis of symptoms, treatment, and social adaptation of patients. The article emphasizes the difficulties in diagnosing personality disorders (PD), particularly mixed forms, which may be mistakenly diagnosed as schizophrenia or bipolar disorder. Important aspects of therapy include psychocorrection of personality traits and psychosocial work. A clinical example shows that in cases of mixed personality disorders, the diagnosis may be revised, but the best results are achieved through psychocorrectional and psychosocial methods, confirming their significance in reducing the social danger posed by offenders with personality disorders.

Keywords: Prevention of offenses, personality disorders, diagnosis, psychocorrection.

Профилактика общественно-опасных действий психически больных является важнейшей задачей принудительного лечения в психиатрическом стационаре. Ее успешность во многом определяется правильностью квалификации психопатологической симптоматики пациента, способствовавшей совершению деликта, эффективностью проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий, а также решением комплекса социальных вопросов, обеспечивающим социальную адаптацию и продолжение лечения пациента после выписки. Расстройства личности (РЛ), относящиеся к пограничной психической патологии, сравнительно редко приводят к признанию пациента невменяемым и направлению его на принудительное лечение в психиатрический стационар. Так, в структуре заболеваний пациентов, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре БУЗ ОО «КПБ им.Н.Н.Солодниковой» в период 2021-2023гг. их доля составляла не более 2%. Вместе с тем, при определении тактики ведения таких пациентов

достаточно часто возникают проблемы, связанные с необходимостью дифференциальной диагностики в виду изменчивости симптоматики при длительном наблюдении с момента проведения судебно-психиатрической экспертизы в течение всего периода принудительного лечения, малой эффективностью медикаментозных воздействий, организацией специальных психотерапевтических и психокоррекционных воздействий, решением вопросов трудоспособности и лекарственного обеспечения после выписки.

К факторам риска опасности пациентов со смешанным расстройством личности следует отнести следующие: легкость возникновения динамических сдвигов, аффективные реакции в момент криминального деликта, коморбидная патология (зависимость от психоактивных веществ), низкий порог фрустрационной толерантности. Особенно повышают опасность частые декомпенсации состояния, которые облегчают проявления агрессии в широком диапазоне ситуаций – от фрустрирующих до нейтральных.[1]

Клиническая картина глубокой психопатии всегда отличается крайней полиморфностью и трудностью дифференциального диагноза с эндогенным процессом, главным образом с шизофреническим расстройством. В ряде случаев внешний рисунок поведения таких пациентов носит отчетливый диссоциальный (истерический) характер, проявляются заметные нарушения прогностической функции интеллекта, поступки «вопреки ожиданию», значительное снижение критических способностей субъектов с неспособностью к обучению на собственном опыте. Эти признаки служат причиной практической утраты социальной адаптации и основанием для признания подобных пациентов невменяемыми. [3].

В клинической и особенно судебно-психиатрической практике врачи преимущественно сталкиваются с так называемой мозаичностью патологических личностных качеств. Не случайно в Международной классификации болезней (МКБ-10) в раздел «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» включен такой тип расстройства, как «Смешанное расстройство личности» (F61.0). Для диагностики состояния необходима констатация возникшей в детстве или подростковом возрасте дисгармоничности психического склада, патологических свойств индивидуума в сфере эмоций, воли, влечений и широком диапазоне социальных ситуаций. Это тяжелые нарушения характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, сопровождающиеся социальной дезинтеграцией. Расстройства проявляются в периоде зрелости, представляют существенные отклонения от образа жизни обычного человека со свойственными ему в данной культуре особенностями восприятия, мышления, эмоций. Мозаичность затрудняет проведение дифференциального диагноза, так как может отмечаться при расстройствах шизофренического спектра и ор-

ганических психических расстройствах.[2] В проведенном в ФМИЦПН им. В.П. Сербского исследовании пациентов, обвиняемых в насильственных преступлениях и проходивших судебно-психиатрическую экспертизу, с диагностированным смешанным расстройством личности выделены 3 группы по преобладающим в клинической картине нарушениям, определяющим механизм и факторы, способствовавшие совершению правонарушения. Подэкспертные 1 группы склонны к возникновению сверхценных образований. У них отмечались черты, характерные как для параноидного расстройства, так и для шизоидного. Им свойственны активное навязывание своих идей, образа жизни, тенденции добиваться своих целей любой ценой, фанатичность при замкнутости, скрытности. Подэкспертных 2 группы отличает низкий порог фрустрации, импульсивность, частые смены настроения, склонность к аффективным разрядам, которые происходят после кумуляции переживаний, отражают накопившееся негативное отношение к лицам, с которыми уже были конфликты в прошлом. Такие аффективные разряды зачастую приводят к агрессивным опасным действиям (аффект-деликты). У подэкспертных 3 группы феноменологическим комплексом является склонность к самоанализу и самоконтролю, к повышенной рефлексии, к трудности принятия самостоятельных решений. Пациентов отличает заниженная самооценка, своеобразная интерпретация мотивов действий окружающих с ожиданием с их стороны недоброжелательности и враждебности при повышенной чувствительности к критическим замечаниям и средовым воздействиям. [1]

Клиническим примером пациента 1 группы с преобладанием в структуре расстройства сверхценных образований, способствовавших совершению правонарушения, может служить следующее наблюдение

Клиническое наблюдение. Пациент К., 33 года, 23.08.1991г.р. поступил в отделение для принудительного лечения специализированного типа 29.08.2023г. в связи с совершением общественно-опасного деяния, предусмотренного ч.2 ст.205 УК РФ «Публичные призывы к осуществлению террористической деятельности, публичное оправдание терроризма или пропаганда терроризма».

Из анамнеза жизни известно, что наследственность отягощена: отец злоупотреблял алкоголем, несколько раз, находясь в состоянии алкогольного опьянения, пытался совершить самоубийство, проходил стационарное лечение в психиатрической больнице в связи с алкогольным психозом. Родной брат бабушки пациента покончил жизнь самоубийством через повешение. Пациент родился от третьей беременности, первых родов, без осложнений. Наблюдался у невропатолога с жалобами на вздрагивание, нарушение сна, срыгивание, был поставлен диагноз: Перинатальная энцефалопатия. В пятилетнем возрасте лечился по поводу навязчивых движений с ДЗ: Астено-невротический синдром. Миотонический синдром. Аффективно-респираторный приступ. Рос единственным ребенком в семье. До шести лет проживал с бабушкой (мать вышла замуж повторно). Был конфликтным и драчливым ребенком, из-за чего ДДУ посещал только в ясельном возрасте и перед школой. Был малообщительным, больше времени проводил со взрослыми. В школу пошел с семи лет, в начальной школе проблем с учебой и одноклассниками не было, после пятого класса успеваемость снизилась, притеснялся сверстниками. Учился в городской школе до восьмого класса, затем, из-за издевательств в школе, уехал жить к бабушке. Был худой, физически слабее сверстников, недоволен своей внешне-

стью, спортом не занимался. В 13 лет в драке получил травму головы, за медицинской помощью не обращался. В дальнейшем, со слов, неоднократно вступал в драки, получал травмы головы, документально не подтвержденные. В 14 лет был обидчивым, плаксивым, испытывал страх толпы. В этом же возрасте связался с плохой компанией, чтобы доказать, что он не хуже других, чтобы его стали уважать. В этой компании стал курить, употреблять спиртное, пробовал курить анашу, однократно нюхал бензин. В новой школе учился «на 4 и 5», с одноклассниками сложились хорошие взаимоотношения. После девятого класса в 2008г. поступил в Омский промышленно-экономический колледж, где стал обучаться по специальности «Программное обеспечение вычислительной техники автоматизированных систем». Окончил обучение в 2011г., в течение года нигде не учился и не работал. С 2012г. работал мойщиком окон вагонов, системным администратором, инженером - программистом, оператором систем видеонаблюдения, периодически подрабатывал грузчиком. Часто менял места работы, поскольку не справлялся с обязанностями и ему предлагали уволиться. В 2017г. поступил в «Сибирский институт бизнеса и информационных технологий» по специальности «Прикладная математика в экономике», после 3-го курса учебу бросил. Из-за сложности с поиском работы по специальности в период с 2020г. по февраль 2022г. самостоятельно изучал финансовый рынок, экономику, пытался зарабатывать на бирже, получал доход от 15 до 35 тысяч рублей в месяц, отмечал «реальный кайф» от игры на бирже. С февраля 2022г. по настоящее время не работает. Среди увлечений называет рок-музыку, учился игре на электрогитаре, с 23 лет стал заниматься спортом. Также посещал стрелковый тир, что способствовало эмоциональной разрядке.

Анамнез заболевания. Считает себя больным с 16 лет, со времени поступления в колледж. С учебой справлялся плохо, «не тянул программу, постоянно думал о своем, отвлекался, занимался самокопанием, анализировал, плохо запоминал материал». В результате разочаровался, и стал в себе сомневаться. Задумывался о несправедливости мира, формулировал это следующим образом: «Разные тупые люди уже на «Мерседесах» катаются, а я – как обычные отходы, шлак, без перспектив». С 16 лет у него 1-2 раза в год возникали состояния «полного депрессняка», которые длились несколько дней: «Вообще ничего не хотелось делать, есть не хотел, не спал». В промежутке между этими эпизодами его настроение также было «невеселое, но старался терпеть и жить с этим». В 16 лет первый раз порезал себе вены, поступок никак не смог объяснить, видимых причин для этого не было. Впоследствии в моменты возбуждения резал себе руки, и ему становилось легче. С подросткового возраста периодически страдал бессонницей, принимал снотворное. Со слов бабушки, по совету знакомого врача, принимал эглонил, на фоне чего стал спокойнее, проще относился ко всему. С 17 лет стал читать в интернете информацию о движении «Колумбайн», поддерживал их идеи, поскольку его самого притесняли в школе. В это же время познакомился с девушкой, которая затем стала встречаться с его другом. После чего сильно изменился, появились мысли о смерти, нежелание жить, снизилось настроение, считал себя хуже других. В эти моменты чувствовал себя плохо, наносил самоповреждения. Начиная с 18 лет, стал посещать стрелковый тир. Когда чувствовал злость, то вспоминал обидчиков, представлял, что стрелял в них и «становилось легче». В июле 2011г. в возрасте 19 лет принял 40 таблеток снотворного «Донормил», после чего заснул. Проснувшись, понял, что у него «никогда не было такого чувства бодрости». Мать и бабушка также заметили изменения с 16 лет. На фоне неудачной первой любви «стал неузнаваемым, у него резко менялось настроение, становился раздражительным, агрессивным, разговаривал сам с собой или весь день лежал, ничего не ел, вены резал, в петлю лез, перематывал шею скотчем». Заявлял, что хочет в армию, «чтобы получить автомат и последнюю пулю в лоб». В компьютере ставил заставку с изображением гробниц и повешенных.

09.08.2011г. в возрасте 19 лет госпитализировался в КПБ по линии РВК, т.к. врач заметила следы порезов на предплечьях. При поступлении был манерен, активно жестикулировал, подробно и с самодовольством рассказывал о своих переживаниях. О суицидальных попытках говорил с улыбкой, спокойно. Не видел смысла жизни, считал себя никчемным, несостоятельным. Представлял, как мучаются его обидчики, с которыми он учился в одной школе: «Всех бы их перестрелял, а перед этим помучил». Был настроен на службу в армии, т.к. там выдадут автомат и это приблизит логический конец. По результатам обследования признавался ограниченно годным к военной службе. Был выписан с ДЗ: Смешанное расстройство личности. После выписки жил один. Самоповреждения наносить перестал, так как был занят «саморазвитием» и работой.

В 2014г. посетил психиатра в связи с трудоустройством, психотической симптоматики не выявлялось. В 2015г. на приеме у психиатра жалоб не высказывал, из заключения известно, что был эмоционально лабилен и склонен к рассуждательству, на все имел свою точку зрения, без острой психопатологической продукции. В этом же году пытался получить лицензию на оружие, но не прошел медкомиссию. В 2016г. на приеме психиатра была мать пациента, которая отмечала возбудимость сына, её беспокоил отказ делиться переживаниями, отсутствие стабильной работы. Приглашался на прием, не явился.

С 2017г. пациент стал вести дневник в соцсети «ВКонтакте», где излагал свои взгляды на жизнь, делал репосты интересных статей, философствовал, «писал для себя». Также посещал уличные и квартирные «тусовки» с готами и металлистами. Ухудшение состояния отмечает с 2019г., когда постепенно произошло много негативных событий: смерть близких родственников, пандемия и кризис, начало СВО. Из-за этого он не смог торговать на бирже и лишился дохода. Смерть двоюродного деда,

с которым он близко общался, вызвала у него состояние эмоционального потрясения: на протяжении месяца он наблюдал, как на портрете у деда менялось выражение лица, он выглядел «как живой человек». Понимал, что это ненормально. После задержания сотрудниками полиции, около месяца отмечал ощущение преследования, боялся выходить из дома, казалось, что за окнами люди, которые за ним следят, видел одни и те же машины. Отмечает, что после ухудшения состояния вновь появилась тяга к самоповреждениям, неоднократно дрался с разным успехом: чаще били его, после чего отлеживался дома с тошнотой и головокружением. Стал испытывать склонность к агрессии. Эпизодически употреблял некрепкий алкоголь. В 2019г. произошел конфликт со знакомой девушкой, когда она пришла к нему домой. С её слов, пациент применил к ней сексуальное насилие, по этому поводу пациента вызывали в следственный комитет, в возбуждении дела было отказано.

В этом же году прочитал дневники известных «колумбайнеров», стал интересоваться масс-шутингом, выкладывал изображения известных в России стрелков, сопровождал их комментариями с изложением собственных мыслей. Испытывал те же чувства, о которых писали представители движения «Колумбайн», считал массовый расстрел в школе оправданным, поскольку так же как они подвергался издевательствам одноклассников. Осенью 2020г. вновь произошел конфликт с другой знакомой девушкой, которая также утверждала, что произошло сексуальное насилие. В этот раз пациента в правоохранительные органы не вызывали.

С начала 2022г. вновь стал наносить самоповреждения на левом плече и предплечье. Часто говорил матери, что не может держать себя в руках, что хочет кого-нибудь убить, в связи с чем в ее сопровождении обратился к психиатру. Госпитализирован с согласия 21.04.22г. Получал галоперидол, бипериден, хлорпромазин. После выписки жил с матерью. Принимал галоперидол в течение трех месяцев, ощущал спокойствие, размеренность, пропала бессонница, затем самостоятельно прекратил прием препарата. Объяснил это тем, что лекарство снижало его физические способности, что мешало заниматься спортом. Считает, что сотрудники ФСБ обратили на него внимание после доноса соседа, который был недоволен его поведением в местах общего пользования: «Мыл пол в тамбуре в трусах и водолазке, сосед обвинул меня, что хожу голый, написал на меня участковому донос, в тамбуре поставил камеру видеонаблюдения, чтобы контролировать мои действия».

Обстоятельства настоящего общественно опасного деяния: с 26.03.2022г. по 19.04.2022г. разместил в социальной сети «ВКонтакте» 16 материалов, в которых оправдывал идеологию и практику терроризма международного молодежного движения «Колумбайн» (признано террористическим и запрещено на территории РФ). В опубликованных текстах, автором которых являлся сам, называл людей биомусором, «нормисами», которые «достойны пули или топора», писал о чувстве озлобленности, раздражения от влюбленных парочек на улицах, о том, что большинство людей понимает только язык террора и диверсии. Положительно отзывался о колумбайнеровском движении, масс-шутинге, когда один человек приходит в людное место и расстреливает окружающих. В конце апреля 2022г. рассказал матери, что хочет всех убить, была идея прийти с оружием в крупный торговый центр или другое людное место и совершить масс-шутинг, после чего покончить с собой. Предполагал, что мог устроить массовое убийство без огнестрельного оружия, т.к. физически развит и мог бы убивать людей топором или другим холодным оружием.

21 февраля 2023г. была проведена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза, по заключению которой пациент страдает смешанным расстройством личности со сверхценными образованиями, невменяем, нуждается в направлении на принудительное лечение в стационарных условиях специализированного типа. 29 августа 2023г. пациент поступил в отделение принудительного лечения специализированного типа.

Особенности соматического состояния: астенического телосложения. Высокого роста. Волосы длинные, чистые. На предплечьях множественные (сплошь) рубцы, различной длины и глубины. На левой дельтовидной мышце, левом предплечье множественные келоидные рубцы. В неврологическом статусе на себя обращает внимание лишь асимметрия носогубных складок. На ЭЭГ пароксизмальной активности не выявлено, МРТ головного мозга — без патологии.

Психическое состояние на момент поступления: в сознании. Ориентирован полностью верно. Фон настроения ближе к ровному. Суицидальные мысли категорически отрицает: «сейчас у меня нормальное настроение: не плохое и не суперхорошее». Моторно раскован, постоянно меняет позы, положения тела непринужденные, демонстративные. О правонарушении говорит спокойно: «ну ФСБ сказали, что меня случайно вычислили, я им не поверил. Ну а что я такого делал, никого не убивал, только дневники всякие вел. А когда интернет появился, то все на стене публиковал, не помню, может там были всякие призывы». О сложившейся ситуации говорит так: «Лечиться — так лечиться. Но мне от лекарств лучше стало, спокойный, настроение ровное, сон хороший». Мышление с витиеватостью, склонностью к рассуждательству. Суждения о поддержке «Колумбайна» (признано террористическим и запрещено на территории РФ) носят сверхценный характер. Критика к правонарушению снижена. Острой психопродукции в виде галлюцинаций явно не обнаруживает, отрицает их наличие. Рассказал об иллюзиях и ощущениях собственной измененности в прошлом, фантазировании со сценами насилия после просмотра видеороликов из интернета, доставлявших ему удовольствие. К госпитализации в целом равнодушен. При обследовании психологом выявлены неравномерный темп психической работоспособности, неустойчивость внимания, снижение концентрации внимания, мнестиче-

ские функции (кратковременная, долговременная, опосредованная память) в пределах нормы, на фоне аффективной дезорганизации мыслительной деятельности в виде подмены интеллектуальных действий рассуждательством, выявляется доступность мыслительных операций (анализ, синтез, обобщение, абстрагирование); ассоциативные связи (опосредование) атрибутивные, конкретно-атрибутивные, атрибутивно-графические, метафорические с элементами витиеватости, рассуждательства в объяснениях. Мышление с элементами витиеватости. Интеллект мозаичный. Индивидуально-психологические особенности и эмоционально-волевая сфера пациента характеризуются нарушениями в виде малообщительности, трудностей в установлении контактов с окружающими, эмоциональной холодности, несформированности эмпатии, претенциозности суждений, отсутствия чувства вины за свои поступки, раздражительности, вспыльчивости, злобности, подозрительности, негативистичной реакции на критические замечания в его адрес (даже объективные) с проекцией враждебного, агрессивного поведения во вне, жестокости, импульсивности поступков, склонности не признавать правила общества, провоцирование конфликтных ситуаций. В состоянии аффективной заряженности отмечается потеря контроля над управлением негативными эмоциями, ощущениями.

После первичного осмотра было назначено лечение: галоперидол 5мг – 3 раза/сут, карбамазепин 200мг – 3 раза/сут, бипериден 2мг – 3 раза/день, хлорпромазин – 50мг на/ночь.

Динамика в отделении: первые дни был малоактивен, ни с кем не общался, большую часть времени проводил в постели. При этом госпитализацией не тяготился. Безразлично отнёсся к выводу из наблюдательной палаты. Интересы к реабилитационным мероприятиям не проявлял. От предлагаемых занятий отказывался, ссылаясь на то, что он не умеет или у него не получится. После недельных уговоров согласился поиграть на гитаре. Начал читать книги, но лёжа в постели. Стал привлекаться к групповым занятиям, трудотерапии. Однако, инициативу проявлял мало, ему требовалась помощь. Постепенно стал хорошо раскрываться в групповой терапии: на всё имеет свою точку зрения, активно её отстаивает и аргументирует, приводит примеры из литературы и цитаты философов, на занятиях психообразовательной группы активно интересуется симптомами психических расстройств, методами лечения. Стал больше общаться с пациентами своего возраста и уровня интеллекта, принимать участие в культурно-досуговых и спортивных мероприятиях, писать рецензии для газеты отделения. Агрессии не проявляет. У пациента есть осознание болезненности своих расстройств, которые он характеризует как аффективную несдержанность. Положительно относится к лечению, отмечает улучшение. Настроение оценивает как хорошее. О высказываемых ранее идеях говорит неохотно, признает, что во многом был неправ, и высказывания были связаны с проблемами в жизни и плохим эмоциональным состоянием. Со всеми пациентами общается ровно, без агрессии и пренебрежения, включая слабых пациентов и лиц с зависимостями. Стал охотнее раскрываться в арт-терапевтической группе, преобладавшая черная гамма рисунков сменилась более яркими и многоцветными изображениями, исчезли символы смерти, насилия, агрессии, отмечавшиеся в первые месяцы лечения.

С февраля 2024г. с учетом побочных явлений в виде скованности, тремора, заторможенности пациент был переведен на терапию рисперидоном с постепенным увеличением дозы до 8 мг в сутки. В апреле 2024г. пациент отметил появление вербальных галлюцинаций императивного характера: в течение месяца внутри головы эпизодически слышал голоса, подталкивающие на то, чтобы подшутить над кем-нибудь «или сделать что-то более жесткое — толкнуть, поставить подножку». Сообщил, что понимает болезненность этих переживаний и под их влиянием ничего не совершал, но «голоса мешают спать», поэтому и рассказал о них. На фоне терапии раствором галоперидола внутримышечно в суточной дозе 10мг жалобы на галлюцинации исчезли в течение суток, и в последующем, на терапии галоперидолом 15мг внутрь с корректором бипериденом 6мг в сутки галлюцинаторных расстройств не отмечалось. На поведение пациента, уровень его активности и участия в реабилитационных мероприятиях галлюцинаторный эпизод не повлиял. Сохраняется тенденция к снижению агрессивности и враждебности к социуму, формированию положительных социальных установок, построению реальных социально приемлемых планов на будущее, улучшению навыков самоконтроля эмоционального состояния.

В приведенном клиническом случае своеобразное сочетание шизоидных, эмоционально-неустойчивых и диссоциальных черт личности с аффективными нарушениями, сверхценными идеями, квазипсихотическими эпизодами требует дифференциальной диагностики с такими заболеваниями как биполярное аффективное расстройство, шизотипическое расстройство личности, простая форма шизофрении, органическое расстройство личности.

СРЛ и БАР проявляются рядом общих признаков, наиболее значимыми из которых являются импульсивность и нарушения

эмоциональной регуляции, что затрудняет их диагностику.

Тщательный сбор анамнеза позволяет выявить такие признаки, отличающие СРЛ от БАР, как перенесенное сексуальное насилие в детстве, переживание деперсонализация в детском возрасте, отсутствие случаев заболеваний БАР среди родственников. Кроме того, для СРЛ характерна большая частота суицидальных попыток и актов самоповреждения, чем для БАР. [2] В приведенном клиническом случае достаточно продолжительные депрессивные состояния, отмечавшиеся у пациента с подросткового возраста, характеризуются более хроническим,

чем эпизодическим течением, а также связаны с неустойчивым настроением, которое сильно реагирует на межличностные события в жизни. В пользу расстройства личности свидетельствует и большая импульсивность, и склонность к самоповреждениям и передозировкам.

При разграничении расстройств личности от психопатоподобных нарушений в рамках последствий органических психических расстройств с учетом наличия в анамнезе указаний на повторные травмы головы рекомендуется прибегнуть к инструментальным методам исследования. Отсутствие у пациента изменений на ЭЭГ, МРТ головного мозга, симптомов психоорганического синдрома, характерных изменений когнитивных функций при психологическом исследовании ставят под сомнение органический генез изменений психики.

При констатации смешанного расстройства личности гораздо чаще возникает необходимость в дифференциации патологического состояния от сходных по клинической картине состояний так называемого шизофренического регистра (шизотипическое расстройство, простая форма шизофрении). Определенным дифференциально-диагностическим критерием в этих случаях может быть явная зависимость от ситуации и адаптивная, нередко компенсаторная роль контрастных характерологических проявлений при расстройствах личности. При шизофрении это не наблюдается. Выявленные у пациента нарушения мышления в виде метафоричности, рассуждательства, иллюзорное восприятие и явления деперсонализации в прошлом, квазипсихотические проявления галлюцинаторного и бредаподобного характера позволяют диагностировать в данном случае шизотипическое расстройство личности. Появление галлюцинаторной симптоматики, не свя-

занной с ситуацией, без признаков декомпенсации расстройства личности не исключают возможность развития и шизофренического процесса.

Появление в клинической картине продуктивной психопатологической симптоматики определяет необходимость терапии пациента антипсихотическими препаратами, в то же время при анализе психопатологического механизма совершения ООД немаловажная роль в совершении деликта в данном случае отводится личностным особенностям, особенностям реагирования пациента на фрустрирующую ситуацию. Это требует длительной работы с аномальными личностными качествами, формирования нового стиля мышления и поведения. Цель терапии также состоит в том, чтобы идентифицировать медиаторы антисоциального поведения и установить, какие методы терапии влияют на эти медиаторы. [1]. Важной составляющей является и психосоциальная работа, направленная на формирование социально приемлемых межличностных стилей, установок, убеждений и эмоционального контроля.

Таким образом, динамика состояния пациента в ходе принудительного лечения позволила пересмотреть диагноз, установленный при проведении судебно-психиатрической экспертизы в сторону расстройства шизофренического спектра, в то же время наибольший эффект в ходе лечения достигнут в результате психокоррекционных и психосоциальных воздействий на личность пациента, что подтверждает приоритет данного вида терапии для снижения социальной опасности лиц с проявлениями расстройства личности, совершивших правонарушение и находящихся на принудительном лечении.

Литература

1. В.В. Горинев, Д.Н.Корзун, С.А.Васюков, Е.А.Илюшина, Е.С.Шеховцова Клинические и судебно-психиатрические аспекты смешанного расстройства личности «Российский психиатрический журнал.» 2017. No 2
2. В.В.Горинев, С.В.Данилова, О.С.Басилашвили Смешанное расстройство личности(научный обзор) «Российский психиатрический журнал» No 3, 2008
3. Шостакович Б.В. Расстройство личности. – М., 2006. –С. 372.



НЕОДНОРОДНОСТЬ СИНДРОМА ФАНТАЗИРОВАНИЯ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА

И.П. Осипкина¹, Л.В. Смачная², Т.Г. Плетнева²

¹ Многопрофильный центр современной медицины «Евромед»

² Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»

Аннотация. Статья рассматривает важность фантазирования в жизни детей и его роль в их развитии. Фантазии в возрасте 2-5 лет способствуют развитию мышления, формируют интересы и выполняют познавательную, эмоциональную и защитную функции. Однако, иногда трудно понять, где заканчивается «нормальное» и начинается патологическое фантазирование, требующее медицинского вмешательства. В статье описаны признаки «здоровых» и «патологических» фантазий, а также различия между ними. Здоровые фантазии, как правило, отражают реальность и могут быть гибкими. Патологические фантазии, в свою очередь, могут быть связаны с различными психическими расстройствами, такими как шизофрения, маниакальные состояния или личностные расстройства. Эти фантазии могут быть оторваны от реальности, часто связаны с идеями величия или самооценки и требуют комплексного подхода к лечению. Авторы выделяют необходимость различения патологического фантазирования и его различных форм, что влечет за собой разные подходы к терапии. В некоторых случаях достаточно коррекции воспитания и психологической поддержки, в других — требуется медикаментозное лечение в рамках основного заболевания, чтобы предотвратить ухудшение состояния. Приведены 3 клинических наблюдения.

Ключевые слова. Воображение, детское фантазирование, патологическое фантазирование, психиатрия..

HETEROGENEITY OF THE FANTASIZING SYNDROME IN THE PRACTICE OF CHILD PSYCHIATRY

I.P. Osipkina, L.V. Smachnaya, T.G. Pletneva

Abstract. The article discusses the importance of imagination in children's lives and its role in their development. Fantasies at the age of 2-5 years contribute to cognitive development, shape interests, and serve cognitive, emotional, and protective functions. However, it is sometimes difficult to distinguish where "normal" fantasy ends and pathological fantasizing begins, which requires medical intervention. The article describes the characteristics of "healthy" and "pathological" fantasies, as well as the differences between them. Healthy fantasies generally reflect reality and can be flexible. Pathological fantasies, on the other hand, may be associated with various mental disorders, such as schizophrenia, manic states, or personality disorders. These fantasies may be detached from reality, often linked to ideas of grandeur or self-esteem, and require a comprehensive approach to treatment. The authors highlight the need to differentiate between pathological fantasizing and its various forms, leading to different therapeutic approaches. In some cases, correction of upbringing and psychological support are sufficient, while in others, medication treatment of the underlying condition is required to prevent deterioration. Three clinical observations are provided.

Keywords. Imagination, children's fantasizing, pathological fantasizing, psychiatry..

Воображение – важная часть жизни и развития ребенка. Многие родители встречаются с детским фантазированием, которое в норме появляется в 2-5 лет. Детские фантазии преобразуют жизнь ребенка, способствуют его развитию (и являются показателем развития мышления), формируют интересы. Функции фантазирования – познавательная, эмоциональная, защитная.

Но в некоторых случаях сложно понять, где заканчивается «нормальное» фантазирование и начинается болезненный процесс, требующий обращения к врачу.

В отечественной литературе наиболее часто встречается термин «патологическое фантазирование», «бредоподобные фантазии», описаны критерии, отличающие патологическое фантазирование от непатологического. Учитывая, что фантазирование – естественно для здоровых детей, целесообразно использование термина «феномен фантазирования», подразделе-

ние его на патологическую и непатологическую составляющие (И.В.Макаров, И.В.Кравченко).

Признаки «здоровых» фантазий – как правило, связаны с реальностью, отражают то, что было в опыте ребенка, что произвело впечатление; возникают произвольно; сюжет гибкий, меняется; можно прервать, включить в игру других участников.

Согласно классификации В.В.Ковалева, в синдромах патологического фантазирования различают игровое перевоплощение, образное фантазирование (визуализированные представления), фантазии отвлеченного, познавательного содержания, фантазирование в форме оговоров и самооговоров, фантазирование с идеями переоценки собственной личности, величия.

В работах И.В.Макарова, И.В.Кравченко выделены следующие клинические варианты синдрома фантазирования:

1) Фантазирование с сенсореализацией представлений.

2) Фантастические истории (фантазии с ситуационно-обусловленным содержанием; фантазирование с повышенной лживостью; сексуальные оговоры и самооговоры; фантазирование на темы вымышленных миров; фантазирование на тему вымышленного друга.

3) Игровые перевоплощения.

4) Фантазирование с преобладанием особых увлечений.

Синдром фантазирования не принадлежит к какому – либо заболеванию, встречается в структуре различных состояний у детей и подростков.

Так, при шизофрении фантазии оторваны от реальности, вычурны, пациенты могут погружаться в процесс фантазирования, уходить от контактов. Вероятность трансформации образных представлений в сновидные галлюцинации и псевдогаллюцинации, оговоров и самооговоров – в бредовые идеи. При маниакальном состоянии – фантазии с переоценкой собственной

личности, величия. При органическом поражении фантазии мало изучены, часто – игровые перевоплощения. При личностном, психогенных расстройствах фантазии носят компенсаторный характер, выполняют роль привлечения внимания.

На практике психиатру приходится встречаться со сложными случаями, когда фантазирование – случайно выявленный симптом (запрос при обращении изначально другой), когда психические нарушения у ребенка уже диагностированы, а синдром фантазирования – «добавляется» к имеющейся клинической картине и иногда в нее не «вписывается», когда есть трудности разделения правды и вымысла для врача, родителей ребенка или подростка и закономерно возникает вопрос – менять среду, корректировать взаимоотношения, повышать самооценку или лечить.

Первый клинический случай – обращение связано с появлением у ребенка игр и фантазий, препятствующих адаптации в школе.

Клиническое наблюдение 1. В клинику обратилась мама с В. 7 лет с жалобами на трудности поведения в школе и дома. Со слов мамы – «поменялась ролями» с мамой, себя называет именем мамы, говорит на маму – «ты моя дочка». В классе «играет» роль учителя – командует детьми, требует послушания, встает и ходит во время урока, дает указания одноклассникам. Настаивает на своих правилах, протестует против выполнения требований взрослых. Игра с «перевоплощениями» – с началом обучения в школе. Во время обследования психологом отмечено, что девочка играет в школу, вслух разговаривает с воображаемыми детьми. Может вовлечь в игру взрослого, но при этом определяет ему роль сама. Со слов мамы, дома может играть в разные игры с простым знакомым сюжетом – «в кухню», «школу», «больницу». Может принять игру, которую предлагает взрослый, но не всегда придерживается правил.

Наследственность без особенностей. Единственная в семье, от молодых здоровых родителей. Перинатальный анамнез отягощен, во время беременности – тест на генетическую аномалию (не подтвержден), гипоксия. Отставала в моторном, речевом развитии. С дошкольного возраста настойчива, упряма. Посещала ДДУ для детей с нарушением речи, затем – для детей с ЗППР. Обучение с 7 лет, первый год обучения – по программе 7.2, с программой справлялась слабо, второй год обучения – программа для детей с интеллектуальной недостаточностью. В настоящее время – ученица первого класса, с программой коррекционной школы справляется. С детьми общается, но предпочитает взрослое окружение детскому. Летом 2023 года – ЧМТ, ушиб головного мозга средней степени тяжести, контузионные очаги левой лобной доли. Травматическое САК. Перелом костей свода и основания черепа. Проведен ЭЭГ ВМ – выявлена эпилептиформная активность с невысоким индексом представленности (левая центрально-теменная область). Проконсультирована эпилептологом, рекомендован контроль ЭЭГВМ через 6 мес., лечение не назначалось.

Во время осмотра представляется «мама», называет имя, отчество (мамы). На вопрос – Сколько лет? – называет возраст мамы. Говорит, что у нее есть муж (называет имя отца). Маму сначала называет своим именем, но затем в процессе беседы обращается к ней «мама», отзывается на свое имя. Достаточно эмоциональна. Неоднократно спрашивала, как зовут врача, обращается к взрослому на «ты». Активно интересуется игрушками, использует их по назначению, привлекается к игре, предлагаемой взрослым, выполняет некоторые задания. Речь с ограниченным словарным запасом, грамматичная. Мышление наглядно-образное, сложности выполнения заданий, требующих абстрагирования, использования понятий. При возникновении трудностей, нежелании выполнять задание или при отвлечении внимания от нее – «возвращается» к «своей» игре, командует маме – «дочка, пошли домой!» При этом спокойно реагирует на отказ мамы уходить, находит себе игровое занятие. Страх, расстройств восприятия не обнаруживает. Моторно неловкая.

Со слов мамы, такое поведение демонстрирует часто в присутствии нового взрослого (врача, психолога, учителя), в последующем – «перевоплощений» меньше, в школе в настоящее время достаточно успешна, выполняет задания на уроках, подчиняется требованиям школы, хотя иногда может называть себя учителем, пытается во время уроков «давать задания» ученикам. Усиление нежелательного поведения отмечается на фоне утомления ребенка.

В данном случае – фантазии, игра с «перевоплощениями» у ребенка с органическим поражением ЦНС, интеллектуальной недостаточностью (что подтверждается анамнезом, данными инструментального обследования – МРТ, ЭЭГ). Имеются признаки патологического фантазирования – использование игры в неигровом пространстве (школа, кабинет врача); однообразии; трудности смены сюжета, смены ролей; переключение на другую деятельность требуют усилий со стороны взрослого; возможно, сопровождаются визуализацией образов (разговаривает с персонажами своей игры вслух). Вместе с тем, сюжеты просты и понятны, не оторваны от реальности, возможна смена игры на более привлекательную, играет иногда самостоятельно и в другие игры с простым сюжетом, с возрастом и правильно организованном подходе отмечается

улучшение поведения ребенка, угасание нежелательных действий.

Даны рекомендации родителям по взаимодействию с ребенком, расширение, видоизменение игры, регламентирование времени, отводимого игре с «перевоплощением», занятия с психологом, обязательное соблюдение режима дня, дозирование нагрузок, двигательные занятия. Контроль ЭЭГ ВМ. Медикаментозная терапия – при возникновении либо усилении протестного поведения.

Следующий случай – история подростка с фантазированием в рамках смешанного состояния – органическое поражение головного мозга, эпилептическая болезнь, эмоциональные, характерологические особенности, наличие сенсорного дефекта (нарушение зрения).

Клиническое наблюдение 2. Пациент М., 15 лет. Обращение с жалобами на трудности взаимоотношений в семье (преимущественно, с отцом), сниженное настроение, тревожность, связанную со школой.

Наследственность психопатологически не отягощена. Семья полная, старший из 2х детей. Перинатальный анамнез отягощен (анемия, угроза прерывания, кефалогематома при рождении). С раннего возраста наблюдается офтальмологом с диагнозом: Мегалокорнеа. Нистагм. Гипоплазия зрительного нерва. Астигматизм сложный.

Моторное развитие своевременное, речевое – с опережением. Посещал ДДУ для детей с нарушением зрения, адаптация хорошая. Активный, общительный, принимал участие в различных мероприятиях. Обучение в школе с 7 лет (школа для слабовидящих детей). В школе также активный, ведущий многих общешкольных мероприятий, имеет друзей, увлекается шахматами, посещает спортивный зал, пишет стихи.

Состояние мальчика изменилось в 2022 г (в 13 лет). Стал замкнутым, напряженным в отношении с близкими, много общался с двоюродной сестрой (чаще по телефону, т.к. сестра проживает в другом городе, имеет семью). Ухудшились отношения с отцом, который негативно воспринимал привязанность мальчика к двоюродной сестре. Подросток считал, что сестре что-то угрожает, становился задумчивым, часто уединялся. Признался матери, что «слышит» в голове голоса отца и сестры, которые конфликтуют между собой. Состояние ухудшалось, во время эпизода выраженного психомоторного возбуждения, сопровождавшегося слуховыми галлюцинациями, бредовыми высказываниями, был госпитализирован в детское отделение психиатрической больницы (сентябрь 2022 г). Получал лечение нейролептическими препаратами, психотическое состояние было купировано, выписан в удовлетворительном состоянии. После выписки из стационара обращались к психиатру частной клиники с жалобами на тревожность, связанную со школой. В сентябре 2023 г - самостоятельная отмена палиперидона. В декабре 2023 года, затем повторно в январе 2024 г – генерализованные эпилептические приступы, в связи с чем назначено лечение вальпроевой кислотой (депакин), в последующем к терапии добавлен леветирацетам (в связи с отсутствием улучшения на ЭЭГ на фоне приема вальпроевой кислоты). МРТ ГМ - февраль 2024 года - МР картина асимметричного уменьшения объема левого гиппокампа с компенсаторным асимметричным расширением височного рога левого бокового желудочка (признаки левостороннего мезиального склероза), признаки мальротации левого гиппокампа. Очаговых и диффузных изменений в веществе головного мозга не выявлено, признаки агенезии прозрачной перегородки. По рекомендации эпилептолога обучался на дому. Состояние было стабильным до лета 2024 года, когда вновь стал чаще ссориться с отцом, провоцировал конфликты, во время поездки за город с семьей пытался убежать, при попытке удержания отцом вступил в драку.

При осмотре после вышеописанного события - Атлетического телосложения (посещает спортивный зал). Держится свободно, вежлив, делает комплименты врачу. Речь хорошо развита, может беседовать на различные темы, интеллект высокий. Во время беседы поведение спокойное, говорит о том, что с родителями жить не хочет, они его не понимают, что планирует после наступления 18 лет проживать отдельно. По отношению к отцу высказывает обиду – «он никогда не хвалил, мало обращал внимания, поэтому я не очень уверен в себе». Отрицает наличие обманов зрительного и слухового восприятия, явно поведением не обнаруживает.

Рассказывает о том, что испытывает чувство вины «за прошлое» - когда был «главарем банды» в школе. Охотно и подробно сообщает о действиях «банды», денежных поборах, большой сумме денег, которая была собрана, месте хранения. Со слов подростка, деньги тратил на «девочку» - делал ей подарки, водил в кафе. В настоящее время испытывает тревогу перед началом школьного обучения, т.к. в школе могут находиться бывшие «соучастники» противоправных действий, которые будут принуждать вновь организовать «банду» и стать ее руководителем, а он этого не хочет. Запрещает маме подключаться к решению «проблемы», т.к. переживает, что пострадает его авторитет. Также рассказывает о том, что он на таком хорошем счету у учителей, что они звонят ему и советуются по различным вопросам.

В данном примере фантазирование у подростка (самооговоры с детективно-приключенческим сюжетом) с ограниченными физическими возможностями (патология зрения) носит, вероятно, компенсаторный (гиперкомпенсаторный) характер. Но, учитывая анамнез жизни и заболевания (наличие в прошлом психотического эпизода, эпилептической болезни), необходимо дальнейшее наблюдение, не исключена транс-

формация вероятных фантазий в бредовые идеи (преследования). Кроме того, не исключается, что в основе нарушений взаимоотношений с отцом лежат сверхценные идеи виновности отца. В настоящее время, помимо медикаментозной терапии (противоэпилептической) проводятся занятия с психологом, семейная психотерапия для повышения самооценки подростка, гармонизации взаимоотношений в семье.

Клиническое наблюдение 3. Пациентка К. 13 лет. Жалобы на эмоциональную неустойчивость, снижение настроения, аппетита, самоповреждения, ограничения общения со сверстниками. Со слов девочки, снижение настроения в течение года, наносит себе порезы, вводит шприцем воду под кожу, «чтобы умереть».

Старшая из двух детей. Наследственный, перинатальный анамнез не отягощены. Росла и развивалась по возрасту. Посещала дошкольное учреждение. Обучается в школе, ученица 6 класса, с программой справляется хорошо. Посещает спортивную секцию, занятия английским языком. Общительна, но в течение года – ограничение общения.

При осмотре – достаточного питания. На коже правого предплечья (девочка левша) линейные порезы, экхимозы, точечные повреждения (следы от шприца?). Внешний вид неопрятный, одежда унисекс, темного цвета, волосы окрашены. Сначала настрожена, затем беседует охотнее. Отмечает сниженное настроение в течение длительного времени, внешних факторов не выявлено. Продуктивность в повседневных делах не нарушена, но субъективно – трудности функционирования. Из расстройств восприятия – единичные оклики по имени. При активном расспросе рассказала о том, что видит красочные сны, имеет воображаемых друзей, с которыми разговаривает. "Видит" различные картины, подробно и охотно рассказывает о них. Дома существует "лаборатория", "мастерская", пришельцы, называет их имена. Страха эти "видения" не вызывают, переживает, что перестанет их видеть. Со слов девочки, учебе эти фантазии не мешают, контролируются. Понимает, что этот «мир» воображаемый. Говорит, что у каждого "есть кукловод", который им управляет. Разговаривает со своим "кукловодом" вслух и только тогда, когда находится одна. "Кукловод" может управлять, но никогда не делает ничего плохого, страха не вызывает. Страх темноты («кажется, что кто-то смотрит»). О наличии фантазирования у девочки мама узнала во время беседы с психиатром.

Было назначено лечение сертралином и алимемазином. При повторном осмотре через 2 месяца (несмотря на рекомендованный осмотр через 1 мес.) отмечает значительное улучшение состояния – выровнялось настроение, стала активнее, нет самоповреждений. К уменьшению фантазирования девочка относится негативно, отказывается от приема препаратов, которые могут повлиять на них. К сожалению, катамнез неизвестен, на повторный прием не пришла.

В данном примере у подростка с депрессивным расстройством отмечается образное фантазирование (визуализированные представления по В.В.Ковалеву). Поскольку содержание фантазий не связано с аффектом, присутствуют элементы, близкие к псевдогаллюцинациям, необходимо уточнение диагноза (личностное расстройство, группа эндогенных заболеваний), коррекция терапии, наблюдение.

Представленные случаи иллюстрируют неоднородность синдромов патологического фантазирования, различные механизмы их фор-

мирования, и, следовательно, различные подходы к терапии и коррекции имеющихся нарушений. В части случаев медикаментозной терапии не требуется, достаточно организационных мероприятий, правильных подходов к воспитанию, патологической игре, сопровождение психолога. В части – медикаментозная терапия назначается по поводу основного заболевания, но синдром фантазирования позволяет предположить вероятное течение болезни, своевременно корректировать лечение.

**ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ
ДЕПРЕССИЙ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ****Д.В. Четвериков, С.С. Одарченко, М.И. Шеденко***Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»*

Аннотация. Статья анализирует проблему психофармакологической резистентности, особенно в контексте лечения депрессивных расстройств. До 60% пациентов с депрессией не отвечают на стандартную терапию антидепрессантами. Резистентность делится на абсолютную (генетически обусловленную) и псевдорезистентность (связанную с побочными эффектами и неправильной терапией). Рассмотрены факторы, влияющие на резистентность, включая терапевтические, патофизиологические, специфические для заболевания и популяционные. В статье также описаны трудности лечения, такие как неверные назначения препаратов и краткие курсы терапии, а также влияние интернета и социальных сетей на лечение депрессий, включая распространение дезинформации и стигматизацию. Предложены пути решения проблемы, включая повышение цифровой грамотности пациентов, развитие научно обоснованного контента и использование новых технологий для улучшения терапии. Рассмотрены современные антидепрессанты и тренды в терапии, такие как использование альтернативных нейромедиаторных систем и персонализированных подходов.

Ключевые слова. Психофармакологическая резистентность, депрессия, антидепрессанты, терапевтическая резистентность, псевдорезистентность, факторы резистентности, интернет, социальные сети, цифровая грамотность, персонализированная терапия, альтернативные нейромедиаторные системы, технологии, генетическое тестирование, микробиом.

PROBLEMS AND PROSPECTS OF DEPRESSION TREATMENT WITH ANTIDEPRESSANTS*D.V. Chetverikov, S.S. Odarchenko, M.I. Shedenko*

Abstract. The article analyzes the issue of psychopharmacological resistance, particularly in the context of treating depressive disorders. Up to 60% of patients with depression do not respond to standard antidepressant therapy. Resistance is classified into absolute (genetically determined) and pseudoresistance (related to side effects and incorrect therapy). The article examines factors influencing resistance, including therapeutic, pathophysiological, disease-specific, and population-related factors. Treatment challenges are also discussed, such as incorrect prescriptions, short treatment courses, and the impact of the internet and social networks on depression treatment, including the spread of misinformation and stigmatization. Solutions to the problem are proposed, such as improving patients' digital literacy, developing scientifically grounded content, and using new technologies to enhance therapy. Modern antidepressants and trends in therapy, such as the use of alternative neurotransmitter systems and personalized approaches, are also discussed.

Keywords: Psychopharmacological resistance, depression, antidepressants, therapeutic resistance, pseudoresistance, resistance factors, internet, social networks, digital literacy, personalized therapy, alternative neurotransmitter systems, technologies, genetic testing, microbiome.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

Начало психофармакологической эры в психиатрии открыло новые перспективы в лечении заболеваний, которые ранее считались абсолютно неизлечимыми. Одновременное внедрение в клиническую практику нескольких принципиально разных групп психофармакологических препаратов существенно изменили как традиционную практику врача-психиатра, так и психосоциальный статус пациентов. Психиатрические больницы перестали быть «домами скорби» и в полной мере обрели терапевтический статус. Появление психофармакологии как самостоятельной области медицины стало настоящим прорывом в психиатрии, открыв перед специалистами новые горизонты в диагностике, лечении и реабилитации пациентов. До этого момента

многие психические заболевания считались практически неизлечимыми, а пациенты с такими диагнозами часто оказывались в полной социальной изоляции. Однако с началом психофармакологической эры появилась реальная возможность не только контролировать течение таких заболеваний, но и значительно улучшать качество жизни пациентов.

Важно отметить, что внедрение в медицинскую практику сразу нескольких классов психофармакологических препаратов, включая нейрорегуляторы, антидепрессанты, транквилизаторы и нормотимики, коренным образом изменило подходы к лечению психических расстройств. Врачи-психиатры получили в свое распоряжение средства, которые позволяли эффективно воздействовать на различные патогенетические механизмы болезней. Это означало не только сня-

тие острых симптомов, таких как галлюцинации, бред или тяжелая депрессия, но и возможность долгосрочной стабилизации состояния пациента, что ранее казалось невозможным

Кроме того, применение новых лекарственных средств привело к значительным изменениям в социальной адаптации людей с психическими расстройствами. Если раньше такие пациенты зачастую навсегда оставались в психиатрических учреждениях, то теперь многие из них смогли вернуться к полноценной жизни, включая трудовую деятельность, образование и восстановление семейных связей.

ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ

Ипрониазид

Открытие первого антидепрессанта стало одной из ключевых вех в истории психиатрии и фармакологии, ознаменовав начало новой эры в лечении депрессивных расстройств. До середины XX века лечение депрессии оставалось преимущественно симптоматическим и включало методы, такие как электросудорожная терапия, психоанализ и различные формы психотерапии. Несмотря на определённую эффективность этих подходов, они не всегда обеспечивали долгосрочные результаты, а в ряде случаев были сопряжены с существенными рисками и побочными эффектами.

В начале 1950-х годов исследователи случайно обнаружили антидепрессивное действие ипрониазида — препарата, изначально разработанного для лечения туберкулёза. Во время клинических испытаний этого средства медики обратили внимание на заметное улучшение настроения у пациентов, принимающих ипрониазид. Эти изменения выходили за рамки стандартных эффектов лечения туберкулёза и привлекли внимание учёных, изучающих механизмы депрессии.

Ипрониазид оказался первым представителем группы ингибиторов моноаминоксидазы (ИМАО). Его механизм действия основан на блокаде фермента моноаминоксидазы, который отвечает за разрушение нейромедиаторов, таких как серотонин, дофамин и норадреналин. Это приводило к увеличению концентрации этих веществ в головном мозге и, как следствие, к улучшению эмоционального состояния пациентов. В 1957 году ипрониазид был одобрен для применения в психиатрии как средство для лечения депрессии.

Однако ипрониазид имел существенные ограничения. Его применение сопровождалось серьёзными побочными эффектами, включая токсическое воздействие на печень. Это привело к постепенному вытеснению ипрониазида более безопасными препаратами. Тем не менее, значительные открытия ипрониазида трудно переоценить:

он стал первым шагом на пути к созданию современных методов фармакологического лечения депрессии, которые спасли жизни и улучшили качество жизни миллионов людей.

Трициклические антидепрессанты

Трициклические антидепрессанты (ТЦА) сыграли важную роль в развитии психофармакологии и лечении депрессивных расстройств. Их открытие стало следующим шагом после появления ингибиторов моноаминоксидазы (ИМАО) и позволило значительно расширить терапевтические возможности психиатрии. История разработки этих препаратов начинается с середины XX века и связана с попытками фармакологических компаний найти новые средства для лечения психических расстройств.

В 1950-х годах фармацевтическая компания "Ciba-Geigy" разработывала соединения для лечения шизофрении. Одним из перспективных веществ был имипрамин — химическое соединение с трёхциклической структурой, созданное на основе структурного сходства с антигистаминными средствами. В ходе клинических испытаний имипрамин не проявил существенного эффекта при лечении шизофрении, однако исследователи отметили его выраженное влияние на настроение пациентов. Эти наблюдения подтолкнули учёных к изучению антидепрессивных свойств препарата.

Имипрамин, первый трициклический антидепрессант, был введён в клиническую практику в 1958 году. Его успех быстро привёл к разработке других препаратов этого класса, таких как амитриптилин, который был синтезирован в 1961 году. Оба вещества показали высокую эффективность при лечении тяжёлой депрессии, включая резистентные формы, что сделало их важным инструментом в арсенале психиатров.

Одним из главных преимуществ ТЦА стала их способность эффективно лечить депрессивные эпизоды различной тяжести. Препараты обеспечивали значительное улучшение состояния пациентов, часто уже в течение первых недель лечения. Однако их применение сопровождалось серьёзными побочными эффектами. Среди наиболее частых — сухость во рту, запоры, сонливость, головокружение, а также кардиотоксическое действие при передозировке. Эти побочные эффекты ограничивали использование ТЦА, особенно у пожилых пациентов и людей с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

На сегодняшний день ТЦА используются реже из-за появления препаратов с более благоприятным профилем безопасности. Однако они остаются эффективным выбором для лечения резистентных форм депрессии, а также при лечении хронической боли, мигрени и некоторых тревожных расстройств. Препараты этого класса

продолжают служить основой для разработки новых лекарственных средств.

СИОЗС

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) представляют собой один из самых популярных и широко применяемых классов антидепрессантов в современной медицине.

К середине XX века стало ясно, что многие психические расстройства, включая депрессию, связаны с нарушениями нейрхимической регуляции в мозге. Исследования показали, что уровень серотонина, одного из ключевых нейромедиаторов, играет важную роль в регуляции настроения. Это привело к формулировке серотониновой гипотезы депрессии, согласно которой снижение концентрации серотонина в синапсах является одной из основных причин депрессивных состояний.

Первым препаратом группы СИОЗС стал флуоксетин, разработанный в 1970-х годах американской фармацевтической компанией "Eli Lilly and Company". Исследования начались с изучения соединений, способных избирательно блокировать обратный захват серотонина, увеличивая его концентрацию в синаптической щели. Флуоксетин был синтезирован в 1972 году, а к 1987 году он был одобрен для клинического использования под торговым названием "Прозак".

Флуоксетин произвёл революцию в лечении депрессии. Его эффективность оказалась сопоставимой с трициклическими антидепрессантами, но профиль безопасности был значительно лучше. Препарат вызвал меньшую частоту таких побочных эффектов, как седация, кардиотоксичность и антихолинергическое действие. Это позволило использовать его для более широкого круга пациентов, включая пожилых людей и тех, кто имел сопутствующие заболевания.

После успеха флуоксетина были разработаны другие препараты этой группы, включая сертралин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам и флувоксамин. Все эти препараты имели общий механизм действия, направленный на селективное ингибирование обратного захвата серотонина, но различались по фармакокинетике, профилю побочных эффектов и дополнительным свойствам. Например, сертралин демонстрировал выраженное анти-тревожное действие, а эсциталопрам считался одним из самых селективных препаратов с минимальными побочными эффектами.

Ключевыми преимуществами СИОЗС стали их высокая безопасность, низкий риск передозировки и хорошая переносимость пациентами. Эти препараты стали не только основным выбором для лечения депрессии, но и нашли применение в терапии тревожных расстройств, обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР),

посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и других психических заболеваний.

ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ

Однако широкое использование препаратов в 60-70 годы прошлого века актуализировало проблему психофармакологической резистентности, а дальнейшие исследования показали ее глубокий научно-практический смысл. И если на начальных этапах психофармакологической эры данная проблема раскрывалась в контексте больших психозов, то последние двадцать лет в профильных научных работах поднимаются вопросы резистентности непсихотических психических расстройств, в частности – непсихотических депрессий. Несмотря на высокую эффективность антидепрессантов, в среднем 30–60% больных с патологией, относящейся к расстройствам депрессивного спектра, оказываются резистентны к проводимой тимоаналептической терапии [1, 2].

Стадии резистентности

В обзоре В.С. Подкорытова и Ю.Ю. Чайки (2002) [3] указано, что депрессия считается резистентной, если в течение двух последовательных курсов (по 3–4 недели) адекватной монотерапии фармакологически различными препаратами, отмечается отсутствие или недостаточность клинического эффекта (редукция симптоматики по шкале Гамильтона или Монтгомери составляет менее 50%). Адекватной дозой антидепрессанта считается доза, эквивалентная 200 мг имипрамина или 200–300 мг amitриптилина. Авторы указывают, что следует различать абсолютную (истинную, первичную, генетическую) резистентность, возникающую ко всем фармакологическим и немедикаментозным средствам, и псевдорезистентность (вторичную, приобретённую), формирующуюся только к определённым препаратам и их сочетаниям, а также резистентность, связанную с какими-либо побочными эффектами. М. Е. Thase, А. J. Rush (1997) [цит. по 3] выделяет пять стадий резистентности.

Первая стадия – неэффективно адекватное лечение одним антидепрессантом любой фармакологической группы (эффект отсутствует у 35–40% больных).

Вторая стадия – неэффективно адекватное лечение двумя антидепрессантами различных фармакологических групп (эффект отсутствует в 35–50% случаев).

Третья стадия – неэффективно адекватное лечение антидепрессантом в комбинации с литием или другим нормотимиком (эффект отсутствует в 52–72%).

Четвёртая стадия – неэффективно лечение гетероциклическим антидепрессантом и ти-

моаналептиком – обратимым ингибитором МАО или литием и ИМАО (эффект отсутствует в 40% случаев).

Генез резистентности

В указанном обзоре обращено внимание на то, что проблема резистентных к терапии депрессий – чрезвычайно сложное явление, связанное с четырьмя группами различных факторов.

I. Резистентность, связанная с процессом терапевтического вмешательства.

1. Абсолютная, генетически детерминированная резистентность ко всем медикаментозным и немедикаментозным методам терапии (10–18% больных).

2. Генетически детерминированная толерантность к определённым антидепрессантам вследствие индивидуальных особенностей метаболизма (15–17% больных).

3. Конкурентное взаимодействие антидепрессантов с другими веществами, снижающее терапевтический эффект: кортикостероиды, антагонисты Ca²⁺-каналов, НПВС.

4. Неадекватное назначение антидепрессантов, несоблюдение пациентами режима терапии (не менее чем у 50% больных).

II. Резистентность, связанная с патофизиологическими факторами.

5. Наличие сосудистых, эндокринных, других интеркуррентных заболеваний, психогенных расстройств, органического церебрального фона и инволюционного периода.

6. Нециклоидная конституция: шизоидные, истерические, сензитивные, ипохондрические, ананкастные, паранойяльные черты личности и гетерогенная наследственная отягощённость и составляет так называемый дефект темперамента при «периодических дегенеративных психозах».

7. Наличие неблагоприятной социальной ситуации.

III. Резистентность, связанная с самим болезненным процессом.

8. Формирование негативной симптоматики: неспецифическое снижение энергетического потенциала, негативная аффектация, резидуальные астенические состояния, нажитая реактивная лабильность, психопатоподобные или депрессивные изменения личности.

9. Затяжной тип течения депрессивного синдрома с циркулярностью в ремиссиях и медленно нарастающей прогрессивностью с формированием «депрессивного стиля жизни».

10. Устойчивость гетерономных симптомов: обсессивного, ипохондрического, деперсонализационного.

IV. Резистентность, связанная с популяционными закономерностями.

11. Связанная с глобальной фазностью психической патологии.

12. Резистентность, связанная с культуральными факторами.

Факторы резистентности

Указанный широкий спектр причин и типов резистентности к антидепрессантам в настоящее время модифицируется рядом факторов.

1. Активная промоция антидепрессантов среди врачей непсихиатрического профиля часто приводит к неоправданно широкому и неадекватному назначению этих препаратов. Врач, лишенный рутинной психиатрической практики ограничивается констатацией текущей типичной депрессивной симптоматики и не может в полной мере оценить психиатрический анамнез пациента, его личностные особенности, коморбидную психическую патологию, квалифицировать связь аффективных и соматоневрологических расстройств.

2. Нередко у пациентов, а иногда и у врачей, существует боязнь антидепрессантов, что приводит к неоправданно коротким курсам, порой по 1-2 недели, и низким дозам. В нашей практике встречались случаи, когда пациентам в стационаре на пару недель назначались сверхмалые дозы amitriptилина по 5-25 мг в сутки, что не приводило к ожидаемым результатам и формировало разочарование в специфической терапии.

3. Отсроченное антидепрессивное действие большинства препаратов – классическая двухнедельная пауза, часто также негативно влияет на комплаентность пациентов. Отрицание возможностей эффективности лечения депрессии также способствует широкая реклама гомеопатических, «натуральных» и иных имитационных «лекарств», якобы влияющих на «усталость, депрессию и стресс», стигма психически больных и психиатрических клиник, социально-трудовые ограничения у больных, находящиеся «на учете» и ряд других факторов.

4. Негативный информационный фон в глобальной сети вокруг психиатрической службы в целом и фармакологического лечения депрессий в частности, формируемый эндогенными психическими больными, антипсихиатрическими структурами и конкурирующими фармацевтическими компаниями также усиливает подозрительность пациентов в отношении специфического лечения.

В работе A. Serretti и C. Fabbri (2014) [4] приводится практически значимый список основных факторов, влияющих на резистентность при непсихотических депрессиях.

- Продолжительность эпизода: чем дольше эпизод депрессии, тем больше атрофии в определенных областях головного мозга (например, гиппокамп); быстро актуализируются когнитивные и поведенческие нарушения;

- Степень тяжести эпизода: так и наиболее тяжелые, так и самые легкие приступы предполагают низкий респонс на антидепрессанты;

Меланхолическая симптоматика и гипоманиакальные эпизоды в анамнезе, т.е. те ситуации, когда течение заболевания наиболее близко к БАР 2 типа;

- Отсутствие симптоматического улучшения в течение первых двух недель с момента начала лечения;

- Коморбидность, особенно умеренные тревожные включения, которые по сути могут быть маскированными смешанными состояниями

- Личностные расстройства, особенно избегающие и пограничные.

- Пожилой возраст.

Таким образом, в рутинной клинической практике врачу приходится учитывать широкий спектр биологических, клинических и психосоциальных факторов при назначении того или иного препарата. Кроме того, углубленное изучение патофизиологических механизмов депрессий и механизмов действия антидепрессивных средств пока, к сожалению, мало что дают практикующему врачу, поскольку не проводят четкие корреляционные связи между структурно-динамическими характеристиками депрессивного синдрома и выбором препарата. Во многих профильных работах предлагаются характеристики «идеального» антидепрессанта – максимально быстрое наступление эффекта, низкий уровень побочных явлений, отсутствие возможных соматических, неврологических и психиатрических осложнений, включая инверсию фазы при скрытой биполярности. Кроме того «идеальный» препарат должен быть комплаентен, не вызывать толерантности, быть нетоксичным при передозировке, эффективным в фиксированных дозах при однократном суточном приеме, недорогим, не влиять на сексуальную активность, пищевое поведение, сон и социальные функции – вождение автомобиля, принятие важных решений, коммуникативность, повседневные бытовые задачи и пр. Вокруг него не должен быть сформирован негативный «информационный шум», как в случае с СИОЗС.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ

Негативное влияние интернета

Интернет стал неотъемлемой частью современной жизни, оказывая значительное влияние на различные аспекты здравоохранения, включая диагностику и лечение психических расстройств. Однако, несмотря на положительные стороны, связанные с доступом к информации и онлайн-консультациям, его воздействие на лечение депрессии сопровождается рядом негативных аспектов. Эти аспекты затрудняют процесс терапии и могут приводить к ухудшению состояния пациентов.

Распространение дезинформации. Одной из основных проблем является распро-

ение недостоверной информации о депрессии и методах её лечения. В интернете широко доступны непроверенные и ненаучные данные, которые могут вводить пациентов в заблуждение. Например, популяризация псевдонаучных методов, таких как отказ от медикаментозной терапии в пользу исключительно "натуральных" средств, часто приводит к отказу от профессиональной помощи. Это особенно опасно для людей с тяжёлыми формами депрессии, которые требуют медикаментозного лечения и психотерапии.

Стигматизация и самодиагностика. Хотя интернет способствует распространению информации о психических расстройствах, он также усиливает стигматизацию. Пациенты, читая негативные комментарии или стигматизирующие материалы, могут стесняться обращаться за помощью к специалистам. Кроме того, доступность онлайн-тестов и материалов по психологии приводит к распространению феномена самодиагностики. Люди нередко ставят себе диагнозы без участия профессионалов, что может привести к неправильной оценке своего состояния и неадекватному лечению.

Влияние социальных сетей. Социальные сети имеют двоякое влияние на пациентов с депрессией. С одной стороны, они предоставляют платформу для поддержки и обмена опытом. С другой стороны, их использование связано с усилением симптомов депрессии. Исследования показывают, что постоянное сравнение себя с другими пользователями и воздействие негативного контента могут ухудшать эмоциональное состояние. Особенно это касается молодых людей, которые наиболее подвержены влиянию социальных сетей.

Онлайн-услуги: польза и риски. Онлайн-консультации и платформы для психотерапии предоставляют удобный доступ к профессиональной помощи. Однако отсутствие стандартизации и контроля качества таких услуг может снижать их эффективность. Некоторые пациенты, выбирая онлайн-консультации, избегают очных визитов к психиатрам или психологам, что может быть недостаточным для лечения тяжёлых форм депрессии.

Цифровая зависимость и изоляция. Постоянное использование интернета может способствовать развитию цифровой зависимости, которая усиливает симптомы депрессии. Исследования показывают, что длительное пребывание в интернете связано с социальной изоляцией, нарушением режима сна и снижением физической активности. Все эти факторы негативно сказываются на лечении депрессивных расстройств и общем состоянии пациента.

Социальные сети и комплаентность

Комплаентность, или приверженность пациента к рекомендованному лечению, является ключевым фактором успешного лечения депрессивных расстройств. Однако, в условиях цифровизации и широкого распространения социальных сетей, сохранять высокий уровень комплаентности становится всё сложнее. Социальные сети, будучи мощным инструментом общения и информации, оказывают значительное влияние на восприятие пациентами своей болезни и методов её лечения.

Распространение дезинформации. Одной из ключевых причин снижения комплаентности является доступность недостоверной информации о лечении депрессии. В социальных сетях нередко публикуются материалы, дискредитирующие использование антидепрессантов. К примеру, популярные блогеры или "эксперты" без медицинского образования утверждают о вреде антидепрессантов, их "неэффективности" или значительных побочных эффектах. Пациенты, доверяя таким источникам, начинают сомневаться в назначении врача и прерывают лечение.

Стигматизация и социальное давление. Социальные сети часто способствуют усилению стигматизации психических заболеваний. Несмотря на усилия по популяризации темы психического здоровья, негативные комментарии и суждения о "слабости" людей, принимающих антидепрессанты, могут заставить пациентов скрывать свою болезнь и отказаться от лечения. Также давление со стороны близкого окружения, представленного в социальных сетях, может приводить к сомнениям в необходимости терапии.

Пропаганда альтернативных методов лечения. Социальные сети становятся платформой для продвижения альтернативных и часто псевдонаучных методов лечения. Пациентам предлагаются травяные настои, БАДы и другие средства, которые позиционируются как "безопасные" и "естественные". Эти методы нередко рекомендуются в качестве замены антидепрессантов, что приводит к прекращению медикаментозной терапии и ухудшению состояния пациента.

Формирование нереалистичных ожиданий. В социальных сетях активно распространяются "истории успеха", в которых люди якобы справились с депрессией без помощи лекарств. Эти публикации создают у пациентов нереалистичные ожидания относительно скорости и результатов лечения. Если терапия антидепрессантами не приносит моментального эффекта, пациент может разочароваться и прекратить приём препаратов.

Последствия снижения комплаентности. Снижение комплаентности к лечению антидепрессантами под воздействием социальных сетей приводит к серьёзным клиническим и социальным последствиям. Среди них:

- Ухудшение симптомов депрессии и повышение риска рецидивов.
- Увеличение числа госпитализаций в связи с обострением заболевания.
- Снижение качества жизни пациентов и их близких.
- Рост финансовой нагрузки на систему здравоохранения из-за необходимости лечения осложнений депрессии.

Возможные стратегии решения проблемы

Повышение цифровой грамотности пациентов. Образовательные программы, направленные на повышение критического восприятия информации в интернете, могут помочь пациентам отличать достоверные медицинские данные от дезинформации. Такие программы должны быть частью работы психиатров и психологов с пациентами.

Создание достоверного контента. Профессиональные медицинские организации и врачи должны активно использовать социальные сети для популяризации научно обоснованной информации о лечении депрессии. Примеры успешного лечения, объяснение механизмов действия антидепрессантов и ответы на распространённые вопросы помогут уменьшить влияние негативного контента.

Поддержка пациентов в онлайн-пространстве. Организация онлайн-групп поддержки, где пациенты могут делиться опытом лечения под руководством специалистов, создаёт позитивное окружение. Это помогает развенчивать мифы о медикаментозной терапии и снижает стигматизацию.

Технологические решения. Использование мобильных приложений для мониторинга приёма лекарств и взаимодействия с врачами может повысить комплаентность. Такие приложения напоминают пациентам о необходимости приёма препаратов и предоставляют доступ к проверенной информации.

ПЕРСПЕКТИВЫ ТЕРАПИИ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ

Новые антидепрессанты последнего десятилетия

Одной из главных особенностей современных антидепрессантов является фокус на альтернативные нейромедиаторные системы, такие как глутаматергическая, дофаминергическая и опиоидная. Эти препараты расширяют спектр доступных терапевтических средств, особенно для пациентов с резистентной депрессией.

Глутаматергические препараты. Кетамин, ранее использовавшийся в анестезии, был адаптирован для лечения резистентной депрессии. Его способность быстро уменьшать симптомы депрессии, включая суицидальные

мысли, привела к одобрению FDA эскетамина (назальный спрей) в 2019 году. Исследования продолжаются для создания более длительно действующих и безопасных аналогов.

Антагонисты NMDA-рецепторов.

Препараты, воздействующие на NMDA-рецепторы, стимулируют нейропластичность, что ускоряет восстановление мозговых функций при депрессии.

Агонисты рецепторов серотонина и дофамина. Препараты, такие как вортиоксетин, оказывают мультиспектральное воздействие на серотониновые рецепторы. Вортиоксетин был одобрен в последние годы и демонстрирует эффективность не только в лечении депрессии, но и в улучшении когнитивных функций, что особенно важно для пожилых пациентов.

Препараты, воздействующие на опиоидные рецепторы. Новые разработки включают препараты, модулирующие каппа-опиоидные рецепторы, которые играют роль в регуляции стресса и настроения. Примером является бупренорфин в комбинации с самидорфаном, который демонстрирует перспективу в лечении депрессии с минимальным риском зависимости.

Перспективные подходы к терапии антидепрессантами

Персонализированная медицина. Одним из ключевых направлений развития является переход к персонализированному подходу в терапии антидепрессантами. Современные исследования показывают, что индивидуальная реакция на препараты определяется генетическими, эпигенетическими и нейробиологическими особенностями пациента. Фармакогенетические тесты, позволяющие определить, какие препараты будут наиболее эффективны и безопасны для конкретного пациента, становятся всё более доступными. Это позволит минимизировать риск побочных эффектов и повысить эффективность терапии.

Разработка новых молекул. Активно разрабатываются новые классы антидепрессантов, нацеленные на альтернативные нейромедиаторные системы. Например, изучаются препараты, влияющие на глутаматергическую передачу, такие как антагонисты NMDA-рецепторов. Кетамин, один из первых представителей этой группы, уже продемонстрировал свою эффективность при лечении резистентной депрессии. В ближайшие годы ожидается появление новых препаратов с аналогичным механизмом действия, но с более длительным и безопасным эффектом.

Быстродействующие антидепрессанты. Одной из главных проблем традиционных антидепрессантов является их замедленное начало действия, что особенно критично для пациентов с высоким риском суицида. Исследования

направлены на создание быстродействующих препаратов, которые могут оказывать эффект уже через несколько часов после приёма. Это включает не только препараты на основе кетамина, но и инновационные соединения, активирующие сигнальные пути в мозге, связанные с нейропластичностью.

Комбинированные подходы. Интеграция антидепрессантов с другими методами лечения, такими как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) и электросудорожная терапия (ЭСТ), становится всё более популярной. Комбинированные подходы позволяют усилить эффект лекарственной терапии и снизить длительность лечения. В перспективе разработка препаратов, усиливающих эффективность таких методов, откроет новые горизонты в терапии депрессии.

Применение цифровых технологий. Цифровые технологии, такие как мобильные приложения для мониторинга состояния пациента, системы искусственного интеллекта для прогнозирования эффективности терапии и виртуальная реальность для психотерапии, играют всё более важную роль. Эти инструменты помогут повысить комплаентность, своевременно корректировать лечение и улучшить взаимодействие между пациентами и врачами.

Исследование микробиома. Одним из новых направлений является изучение роли кишечного микробиома в развитии депрессии. Исследования показывают, что изменения в составе микробиоты могут влиять на уровень нейромедиаторов в мозге, включая серотонин. Это открывает перспективы для разработки пробиотических и других микробиом-модулирующих средств в качестве дополнения к традиционной терапии антидепрессантами.

Улучшение фармакокинетики и переносимости. Современные антидепрессанты разработаны с учётом минимизации побочных эффектов, что улучшает комплаентность пациентов. Например, новые селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), такие как вилозодон, обладают более селективным действием, что снижает риск нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта и сексуальной функции.

Быстродействующие препараты. Проблема медленного начала действия традиционных антидепрессантов остаётся актуальной. Новые препараты, такие как эскетамин, обеспечивают быстрое наступление эффекта, что особенно важно для пациентов с высоким риском суицидального поведения. Быстродействующие антидепрессанты позволяют значительно сократить время, необходимое для стабилизации состояния пациента.

Терапия специфических форм депрессии. Новейшие антидепрессанты разрабатываются с учётом специфических форм

депрессии, таких как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), биполярная депрессия и депрессия у пожилых пациентов. Это позволяет применять более целенаправленный подход к лечению и учитывать особенности каждой группы пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема психофармакологической резистентности актуализировалась с развитием фармакотерапии психических расстройств в 60–70-х годах. Сегодня она изучается не только в контексте психозов, но и депрессивных расстройств. До 60% пациентов с депрессией не отвечают на стандартное лечение антидепрессантами.

Резистентность классифицируется на абсолютную (генетически обусловленную) и псевдорезистентность (вторичную), которая связана с побочными эффектами или неправильной терапией. Выделяют четыре группы факторов резистентности: терапевтические (недостаточная доза, нарушения режима), патопластические (коморбидные заболевания, личностные особенности), специфические для заболевания (негативная симптоматика) и популяционные (социальные, культурные).

Основные трудности лечения связаны с ошибочным назначением препаратов, короткими курсами, низкими дозами и стигмой вокруг психиатрической помощи. Для повышения эффективности терапии необходим учёт индивидуальных биологических и социальных факторов, а также развитие более «идеальных» антидепрессантов с минимальными побочными эффектами.

Интернет оказывает существенное влияние на лечение депрессий, однако с ним связаны значительные психосоциальные проблемы. Распространение дезинформации приводит к популяризации псевдонаучных методов, что мешает профессиональному лечению. Самодиагностика и стигматизация через интернет усиливают страх перед обращением к специалистам. Социальные сети оказывают двойное воздействие: они могут быть источником поддержки, но также усугубляют депрессивные симптомы через срав-

нение с другими и воздействие негативного контента.

Отсутствие контроля качества онлайн-услуг и развитие цифровой зависимости также осложняют лечение. Социальные сети снижают комплаентность пациентов из-за дезинформации, стигматизации и пропаганды альтернативных методов, что приводит к отказу от терапии, ухудшению состояния и росту госпитализаций.

Для решения проблемы необходимо повышать цифровую грамотность пациентов, создавать научно обоснованный контент, развивать онлайн-группы поддержки и использовать технологии, такие как мобильные приложения для мониторинга терапии. Это способствует уменьшению негативного влияния интернета и поддержке пациентов в лечении депрессий.

Современные антидепрессанты сосредоточены на альтернативных нейромедиаторных системах, таких как глутаматергическая, дофаминергическая и опиоидная. Это расширяет возможности терапии, особенно для пациентов с резистентной депрессией. Примером является кетамин, используемый для быстрого снятия симптомов депрессии, включая суицидальные мысли, что привело к созданию эскетамина. Новые препараты, такие как вортиоксетин, оказывают мультиспектральное воздействие на рецепторы, улучшая когнитивные функции.

Тренды включают разработку персонализированных подходов, генетическое тестирование для выбора терапии, и интеграцию с технологиями, такими как ИИ и микробиомные исследования. Быстродействующие антидепрессанты и комбинированные методы, включая когнитивную терапию и стимуляцию мозга, повышают эффективность. Современные разработки ориентированы на минимизацию побочных эффектов, что улучшает переносимость и комплаентность пациентов.



Психотерапия и реабилитация

УДК 616.89-008.44:159.923.2:615.85

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У КОНСУЛЬТАНТА «ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ»

В.Е. Чиряков, Е.Г. Пурясова

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»*

Аннотация. Статья рассматривает феномен эмоционального выгорания у специалистов телефонного консультирования, его причины, проявления и способы профилактики. Выгорание связано с регулярным эмоциональным напряжением и характеризуется физической усталостью, раздражительностью, снижением качества работы и утратой мотивации. Основными причинами выступают стресс, фрустрация и специфика работы: ограниченные возможности общения, непредсказуемость обращений и высокая ответственность. Эмоциональное выгорание затрагивает личностную целостность консультанта через механизмы идентификации-отчуждения, что усиливает внутренние конфликты. Для профилактики выгорания предлагаются меры: повышение квалификации, создание комфортной рабочей среды, баланс между работой и личной жизнью, участие в профессиональных тренингах. Ранняя диагностика и осознание предвестников выгорания играют ключевую роль в его предотвращении.

Ключевые слова. Эмоциональное выгорание, телефонное консультирование, причины выгорания, профилактика, стресс, фрустрация, рабочая среда, баланс работа-жизнь, профессиональные тренинги, идентификация-отчуждение, внутренняя мотивация, диагностика выгорания.

PREVENTION OF EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME IN CRISIS HOTLINE CONSULTANTS

V.E. Chiryakov, E.G. Puryasova

Abstract. The article examines the phenomenon of emotional burnout among telephone counseling specialists, its causes, manifestations, and prevention methods. Burnout is associated with regular emotional stress and is characterized by physical fatigue, irritability, reduced work quality, and loss of motivation. The main causes include stress, frustration, and the specifics of the profession: limited communication capabilities, unpredictability of calls, and high responsibility. Emotional burnout affects the consultant's personal integrity through the mechanisms of identification and alienation, which intensify internal conflicts. To prevent burnout, the article suggests measures such as improving qualifications, creating a comfortable work environment, maintaining a balance between work and personal life, and participating in professional training. Early diagnosis and recognition of burnout precursors play a crucial role in its prevention.

Keywords. Emotional burnout, crisis hotline consulting, causes of burnout, prevention, stress, frustration, work environment, work-life balance, professional training, identification-alienation, internal motivation, burnout diagnosis.

В последние годы в России как в других развитых странах, все чаще говорят не только о профессиональном стрессе, но и синдроме эмоционального сгорания или выгорания. Успешность телефонного консультирования напрямую связана с личностью специалиста и его способностью устанавливать терапевтический, эмоциональный контакт с людьми, обратившимися за помощью. Специфика данной профессии состоит в том, что взаимодействие специалиста с абонентом является не только регулярным, но и эмоционально насыщенным, глубоким и интенсивным. Продолжительное эмоциональное напряжение способно приводить к стрессу, на фоне которого может развиваться профессиональное выгорание.

Феномен эмоционального выгорания является острым кризисным состоянием. Он свойственен людям, который по роду своей деятельности постоянно сталкиваются с негативными

переживаниями людей и оказываются в большей или меньшей степени лично вовлеченными в них. Общеизвестно, что люди, профессионально работающие в тесном контакте с другими людьми, со временем испытывают эмоциональный дискомфорт от подобного общения. Феномен эмоционального выгорания характеризуется психической и физической усталостью, утратой веры в свои силы, нежелание, а часто и невозможностью эффективно консультировать клиента. Как правило, телефонный разговор или какая-либо иная ситуация на службе являются лишь поводом проявления этого феномена, «последней каплей», проявляющей личностные проблемы и конфликты консультанта. Причины возникновения «феномена выгорания» являются:

1. Внутриличностный конфликт.
2. Острый психологический стресс.
3. Острая и хроническая фрустрация.

Консультант фрустрируется, если его желание достичь цели – помочь абоненту – сталкивается с преградой, барьером (физическим, психологическим, биологическим или социокультурным), которые могут оказаться непосильными. Сам по себе телефон, когда используется лишь аудиальный канал для общения, ограничивает возможности консультирования и является физической преградой. При телефонном консультировании невозможно подготовиться к беседе, поскольку каждое обращение является неожиданным. Невозможно полностью контролировать контакт из-за ограниченного времени работы с каждым абонентом и его права прервать беседу в любой момент. Невозможно выбирать клиентом, как при очном консультировании. Невозможно контролировать количество обращений в течение смены. Страх оказаться несостоятельным, ответственность за предложенные рекомендации бывают существенными психологическими барьерами. А если абонент оказывается стариком или подростком, то появляется преграда из-за различия и несоответствия жизненного опыта и мироощущения. Ее можно преодолеть только «вхождением» в мир ребенка или осознанием, принятием проблем пожилых людей. Наконец, оказываются актуальными и социокультурные барьеры – нормы, правила, табу, привносимые в беседу консультантом.

Фрустрация приводит к различным вариантам фрустрационного поведения, которые отражены фразами, несущими в себе агрессию, угрозы, оскорбления, розыгрыши. Эмоциональное и речевое возбуждение с преобладанием бесцельных и неупорядоченных высказываний, апатия, порождающая нежелание продолжать беседу или работать в качестве консультанта, элементы агрессии и деструкции в телефонной беседе или общение с коллегами, стереотипия с тенденцией слепо повторять фиксированные поступки, возврат к модели поведения, актуальным для более раннего возраста, своеобразная форма «примитивизации» поведения либо падения качества «исполнения» - эти проявления являются составными частями феномена «выгорания».

Если фрустрация отражает в основном внешние трудности, с которыми сталкивается консультант, то конфликт, также являющийся причиной феномена «выгорания», имеет большее отношение к внутреннему миру человека. В основе этого феномена лежит особый механизм идентификации-отчуждения. Специфическая эмоциональная связь с абонентом, переживание тождественных чувств, эмоций и смыслов сочетается с переживанием чувства противоположности абоненту. Идентифицируясь с негативными переживаниями клиента, консультант переживает «чужое как свое». Осуществляя стратегию помощи, вынужден отчуждаться от переживаний другого и переживать «чужое как чужое». Механизм отчуждения – идентификации

затрагивает целостность Я, что в кризисных ситуациях и обуславливает «сгорание».

Разнообразные проявления фрустрационного поведения и переживания, обусловленные конфликтом, составляют психологическую сущность феномена «сгорания»:

1. Психическая и физическая усталость.
2. Ощущение беспомощности и несостоятельности.
3. Увеличение числа «неудачных» звонков.
4. Нежелание идти на дежурство.
5. Боязнь предстоящего звонка.
6. Раздражительность и агрессивность во время беседы.
7. Стремление побыстрее ее завершить.
8. Ощущение малозначимости решаемых проблем.
9. Формальный подход к проблеме абонента.
10. Сомнения в эффективности работы службы.
11. Перенос отрицательных эмоций на окружающих.
12. Стремление уйти.

Переживание феномена «выгорания» может достигать мучительной остроты. Помогая другим, тем самым мы, так или иначе, затрагиваем свои чувства или желания, собственные неразрешимые проблемы или конфликты. В итоге возникает парадоксальная ситуация: призванные пониманием и эмпатией уменьшать мучения другого человека, мы страдаем сами. В результате длительной работы в службе нельзя избежать накопления сомнений, усталости и истощения. Если специалист совершенствует свои навыки, учится и умножает знания, участвует в балинтовских или иных профессиональных сообществах группах, то феномен «выгорания» может быть успешно предотвращен. Знание вооружает в борьбе с неизвестным и консультант уже готов к встрече с ним. Максимальная психологическая грамотность консультантов в вопросах «выгорания», является важным шагом в его профилактике.

В личной и профессиональной жизни консультанта существуют периоды, когда устойчивость к психотравмирующим ситуациям ослабевает, появляется повышенная уязвимость. Если эмоциональные переживания особенно сильны и необходимо время, чтобы справиться с ними, возможно, временно прервать работу в службе и восстановиться. Отдых может занять до трех месяцев. Итак, для профилактики синдрома выгорания важны следующие организационные меры:

1. Систематическое повышение квалификации консультанта.
2. Допуск к консультированию после предварительной подготовки.
3. Обучение приемам снятия эмоционального напряжения.
4. Психологический комфорт на рабочем месте с поддержкой и взаимопомощью коллег.

5. Коррекция предвестников «выгорания».

6. Комфортные бытовые условия на дежурствах, доступ к интернету.

Феномен «выгорания» проявляется остро, а «созревает» длительно. Поэтому особое внимание обращается на его предварительные симптомы. А именно:

- стремление консультанта навязывать мнение, установки или ценности абоненту;
- отказы обсуждать предложенные темы;
- манипулирование абонентом, осуществление скрытых агрессивных установок под предлогом «лучшего» варианта для абонента.

Эти предвестники раньше всего замечает абонент, давая соответствующую обратную реакцию.

Осознание предвестников феномена «выгорания» не означает полного избавления от них. Наше Я первым делом стремится подавить их, сместить в бессознательное. Откуда они будут деструктивно воздействовать на психику человека. Защищаясь с помощью психологических механизмов, человек проецирует свои трудности на окружающих, создавая реактивные образования, ограничения Я и пр.

Еще одним компонентом феномена «выгорания» являются чрезмерные сомнения: «Помог я в сегодняшнем разговоре?», «А как наш разговор воспринял абонент?», «Достаточно я эффективен на этом месте?» и т.д. Когда мы имеем дело со страданием человека и призваны помочь преодолеть или временно облегчить его, то нами движет интерес, мотив поддержки, фундаментальное качество заботы. Но это порождает сомнения в полезности наших действий, решений, просьб или рекомендаций, обостряемые незнанием того, был ли процесс консультирования действительно эффективным, так как информация о дальнейшем развитии ситуации часто отсутствует. Мучимый сомнениями консультант избыточно рефлексировывает, волнуется, уходит в сторону, сдаётся или нет. Все это со временем усиливает усталость и апатию.

Конечно, преодолев фрустрацию или конфликт, можно преодолеть и феномен «выгорания». Кроме того, справившись с фрустрацией или конфликтом, можно отнести к «выгоранию» как к стимулу для дальнейшего самосовершенствования, активного участия в тренингах профессионального и личностного роста. Существуют отработанные процедуры нивелирования «выгорания»:

1. Анализ причин и их коррекция как индивидуальная, так и в группах и с супервизором.

2. Отпуск или существенное снижение частоты дежурств.

3. Временное переключение на формы работы службы, не связанные с непосредственным консультированием.

4. Подбор дежурящих консультантов по принципу психологической совместимости.

5. Создание чувства психического комфорта путем повышения профессиональной компетентности.

Таким образом, приостановить развитие синдрома выгорания возможно самому, если консультант вовремя заметит, что его деятельность ведет к выгоранию. Профилактика выгорания должна начинаться тогда, когда для человека существует опасность брать на себя все больше, чем он может отдавать в диалоге. Но проблема заключается в том, что консультирующий клиента, как правило, этого не замечает. Все получается само собой. Сознательная смена направления деятельности возможна в том случае, если человеку удается дистанцироваться от всего, что он делает.

Дистанцирование от повседневных проблем. Для «кандидата на выгорание» есть только два пути уйти от повседневных проблем: кризисы и размышления. Кризисы являются не добровольным путем, при этом они не всегда ведут к успеху. Кризисы заставляют людей задуматься. Для них становится очевидным, что двигаться в прежнем направлении уже невозможно. Именно по этой причине кризисы могут дать шанс сделать наконец свою жизнь осмысленной и красивой. Но иногда человеку нанесен такой серьезный ущерб, что у него нет сил воспользоваться этим шансом. Подобное происходит на последних стадиях выгорания. Намного лучше, если человек снова находит время, чтобы подумать о своей жизни, хотя именно для «кандидата на выгорание» это непросто. Тем не менее, тот, кто время от времени дистанцируется и размышляет, может выработать для себя новую установку в отношении обсуждаемой темы, и в особенности в отношении времени и собственной значимости.

Создание противовеса. Творчески человек может работать тогда, когда другие жизненные сферы более важны и семья, любовь, дружба, хобби и пр. могут стать противовесом основной деятельности. «Выгорающие» люди считают, как правило, считают, что сумеют на какое-то время отказаться от параллельных жизненных сфер, считая, что правильнее расходуется энергия в одном направлении. При этом вначале исчезает чувство юмора, способность смеяться над собой, а затем появляются и остальные симптомы выгорания. Пешие прогулки, настольные игры, коллекционирование, рисование, музицирование и пр. – все это может иметь профилактическое действие и предотвращать выгорание.

Необходимо отметить, что подверженному синдрому выгорания человеку нелегко сойти с опасного пути. Даже если он понимает, что в его жизни должны быть иные сферы, ему сложно найти на них время, что необходимо, если он действительно хочет избежать выгорания.

Что могут сделать близкие? Многим «кандидатам на выгорание» отношения в семье и с друзьями могут оказать существенную помощь.

Но слишком велик риск того, что, как и в случае с другими видами зависимостей, члены семьи могут стать созависимыми. Один из членов семьи может долго поощрять зависимость другого от работы, пытаясь разгрузить пострадавшего везде, где это только возможно. Включая ограждение от общения с детьми и отказываясь от своих желаний в профессиональной сфере. Для того, чтобы изменить свою жизнь, необходимо, чтобы члены семьи понимали: если человек продолжает жить по-старому, он все дальше вязнет в состоянии, ухудшающим его здоровье и ментальное, и физическое. Человеку семейному, подверженному выгоранию, можно помочь лишь в том случае, если супруг пытается сопоставить его поведение с реальностью, например, просить о том, чтобы во время ужина супруг всегда был с детьми, за общим столом. Ибо семьи, в которых простые принципы коммуникации перестали быть нормой, образуют созависимую систему.

Если человек одинок, от настоящих друзей требуется открыто и честно говорить о существующей проблеме, особенно, если человек одинок и не имеет семьи.

Вернуть выгорающего сотрудника к нормальной жизни возможно лишь в том случае, если он заметит, что все то, что он променял на вещи, которые ему казались такими важными,

при ближайшем рассмотрении также имеет какой-то смысл и доставляет радость. Жизненные сферы, которые доставляют человеку удовольствие, снова получают право на существование, и он начинает уделять им свое время. И именно здесь он чувствует себя свободным, что может помочь человеку вернуться к более здоровой жизни. А работа снова приносит удовольствие, поскольку занимает строго отведенное место и время в жизни человека.

Таким образом, для выработки модели поведения, предотвращающего выгорание, нужны:

- Размышления, помогающие дистанцироваться по отношению к повседневной жизни. Тот, кто размышляет, изменяет свою точку зрения в отношении времени и его экономии. А также собственной незаменимости.

- Создание противовеса: межличностные отношения, хобби, спорт и пр.

- Опыт, получаемый в духовной сфере, помогает удовлетворить основные потребности.

- Союзники среди супругов и друзей могут оказать неоценимую помощь, если не будут созависимы от работы.

Психопрофилактика в широком смысле это ключ от «выгорания» и сохранения эффективности консультанта в помощи нуждающимся клиентам.

Литература

1. Лешукова Е.Г. Синдром сгорания. Защитные механизмы. Меры профилактики. Вестник РАТЭПП, 1995. №1
2. Детский «телефон доверия», работающий под единым общероссийским номером. Москва, 2011.
3. Мэй Р. Искусство психологического консультирования (пер. с англ.) Москва, Класс, 1994.



Клиническая психология

УДК 159.922.7:331.108.6:343.9

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС И ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У РУКОВОДИТЕЛЕЙ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ОРГАНА МВД РОССИИ

О.В. Анохина¹, Н.В. Александрова^{2,3}

¹ Сибирский институт бизнеса и информационных технологий, г. Омск, Россия

² Омский государственный университет им. Ф. М. Достоевского,

³ Омская гуманитарная академия, г. Омск, Россия

Аннотация. В статье проанализированы причины профессионального стресса у руководителей территориального органа МВД России. Показаны его негативное влияние на психологическое состояние, соматическое здоровье. Раскрыта ведущая роль работы в режиме высокой психоэмоциональной нагрузки в формировании синдрома эмоционального выгорания. Приведены основные направления профилактики этих негативных явлений.

Ключевые слова. Профессиональный стресс, синдром эмоционального выгорания, психологические особенности профессиональной деятельности руководителей территориальных органов, психологическая профилактика.

PROFESSIONAL STRESS AND EMOTIONAL BURNOUT FEATURES AMONG HEADS OF TERRITORIAL DEPARTMENTS OF THE MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS OF RUSSIA
O.V. Anokhina, N.V. Alexandrova

Abstract. The article analyzes the causes of professional stress among heads of territorial departments of the Ministry of Internal Affairs of Russia. It highlights the negative impact of stress on psychological well-being and somatic health. The pivotal role of working under conditions of high psycho-emotional pressure in the development of emotional burnout syndrome is revealed. The main directions for preventing these negative phenomena are outlined.

Keywords. Professional stress, emotional burnout syndrome, psychological characteristics of professional activity of heads of territorial departments, psychological prevention.

Профессиональная деятельность руководителей территориальных органов Министерства внутренних дел Российской Федерации характеризуется высокой психической напряжённостью, что может приводить к развитию длительных дезадаптивных состояний. К ним относятся профессиональный дистресс и синдром эмоционального выгорания, которые могут приводить к вредным последствиям для здоровья и формированию профессиональной деформации личности. Это может вызывать негативные влияния на результативность труда и социальное восприятие сотрудников силовых структур в целом.

Хронический стресс, возникающий в процессе этой деятельности, увеличивает риск развития заболеваний стрессовой этиологии, таких, как сердечно-сосудистые заболевания, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неврозы и другие. Кроме того, он влечёт за собой ряд социально-экономических и социально-психологических последствий, включая текучесть кадров, неполное и несвоевременное выполнение поставленных задач, снижение удовле-

творённости трудом, а также деформацию личностных и характерологических качеств руководителей [5,6]

Эти факторы оказывают негативное влияние на эффективность работы органов внутренних дел и требуют внимания со стороны руководства и специалистов в области психологии и управления. Для снижения уровня стресса и предотвращения негативных последствий необходимо разрабатывать и внедрять программы по управлению стрессом, проводить тренинги по развитию стрессоустойчивости и формированию навыков эффективного управления в условиях высокой психической нагрузки [1].

Характер, частота и выраженность отрицательных проявлений во многом зависят от силы (интенсивности) испытываемого нервно-эмоционального напряжения и подготовленности к его преодолению. Поэтому оценка и мониторинг интенсивности профессионального стресса руководителей органов внутренних дел является одной из важнейших задач психологического обеспечения служебной деятельности.

В работе В. А. Бодрова [2] отмечается, что на данный момент не существует однозначного определения понятия «профессиональный стресс». Также отсутствуют чёткие теоретические послышки и определения базовых понятий в этой области.

В Международной классификации болезней (МКБ-10) профессиональный стресс выделен в отдельную рубрику. Он определяется как стресс, связанный с трудностями управления своей «профессиональной жизнью».

С точки зрения Т. В. Хуторянской [1], профессиональный стресс следует рассматривать как определённое состояние сотрудника, которое возникает под влиянием внешних факторов в процессе выполнения им своих трудовых обязанностей. Это состояние является результатом воздействия комплекса факторов, связанных с профессиональной деятельностью.

Руководители органов МВД России подвержены воздействию специфических стрессоров, которые отличаются от стрессоров, характерных для других профессий. Эти стрессоры связаны не столько с самой деятельностью, сколько с особенностями управленческой деятельности руководителей территориальных органов МВД России.

К специфическим стрессорам, воздействующим на руководителей органов МВД России, можно отнести [4]:

1. Нечёткие ролевые (служебные) обязанности, которые могут привести к неопределённости в ожиданиях и требованиях к руководителю.

2. Необходимость принимать множество ответственных решений, что может вызвать чувство тревоги и беспокойства.

3. Ролевой конфликт, возникающий в условиях, когда различные аспекты деятельности руководителя оказываются несовместимыми, что может привести к стрессу и психологическому напряжению.

4. Нереалистично высокие притязания и стремление к совершенству, которые могут вызвать чувство неудовлетворённости и разочарования в себе и своей работе.

5. Особенности взаимодействия с вышестоящим руководством, включая игнорирование их мнения, что может создавать ощущение недооценённости и непонимания.

6. Особенности взаимодействия с коллегами по горизонтали, которые могут включать конкуренцию и разногласия, что также может способствовать возникновению стресса.

7. Перспектива ухода, в том числе преждевременного, на пенсию, что может вызывать беспокойство и тревогу относительно будущего [2].

Эти специфические стрессоры могут оказывать значительное влияние на психологическое состояние руководителей органов МВД России и их способность эффективно выполнять свои обязанности.

Хроническая стрессогенность профессиональной деятельности требует от руководителя органов внутренних дел больших резервов психики, самообладания, навыков саморегуляции. Длительная работа в таком режиме может приводить к развитию синдрома эмоционального выгорания.

Синдром эмоционального выгорания — это состояние физического, эмоционального и умственного истощения, которое возникает в результате хронического стресса на работе. У сотрудников министерства внутренних дел этот синдром может формироваться под воздействием ряда факторов, включая высокую эмоциональную напряжённость, необходимость принятия ответственных решений в условиях дефицита времени, а также постоянное взаимодействие с ассоциальными элементами общества.

К основным причинам формирования синдрома эмоционального выгорания у сотрудников МВД можно отнести:

- высокие психоэмоциональные нагрузки;
- необходимость соблюдения строгих регламентов и правил;
- ответственность за жизнь и здоровье граждан;
- риск для собственной жизни и здоровья;
- ненормированный рабочий день;
- дефицит поддержки и ресурсов со стороны руководства и коллег.

Таким образом, исходя из специфики профессиональной деятельности руководителей органов внутренних дел, можно выделить большое количество как общих, так и специфических стрессоров, способных держать руководителей в постоянном напряжённом состоянии, приводящем к целому ряду негативных последствий и в конечном итоге существенно снижающем эффективность их управленческой деятельности. Успех деятельности правоохранительных органов в целом зависит от умения руководителей органов внутренних дел планировать свое рабочее время, их способности устанавливать приоритетность задач, правильно распределять усилия. Кроме того, высокую значимость в управленческой деятельности руководителей органов внутренних дел имеет владение и использование в профессиональной деятельности методов диагностики, преодоления и психопрофилактики профессионального стресса.

Эта способность является одной из составляющих профессионализма и в условиях реформирования должна учитываться в первую очередь при отборе кадров в резерв на выдвижение или при назначении на руководящую должность.

Для формирования этой способности необходим теоретически обоснованный подход и практическая программа обучения руководителей органов внутренних дел активному адаптивному копинг-поведению и умению противодействовать негативным влияниям стресс-факторов в различных повседневных, стандартных и

нестандартных, экстремальных ситуациях профессиональной деятельности.

Для профилактики эмоционального выгорания в служебной деятельности руководителей территориальных органов МВД России предлагаются следующие рекомендации .

1. Внедрение программ психопрофилактики. Так, И. Ю. Кобозевым и М. В. Пряхиной разработана и апробирована программа психологической профилактики профессионального стресса руководителей МВД России. Эта программа основана на трёхэтапной модели профилактики, предложенной ВОЗ, и акцентирует внимание на первичной, вторичной и третичной профилактике.

2. Использование мер культурно-просветительской профилактики как вида морально-психологического обеспечения деятельности руководителей.

3. Повышение психологической компетентности сотрудников органов внутренних дел для профилактики их профессионального выгорания.

4. Профилактика профессионально-нравственной дезориентации личности руководителя.

5. Оптимизация функционального состояния посредством обучения приемам психофизиологической саморегуляции руководителей территориальных органов МВД России.

Эти меры направлены на поддержание психического здоровья, предупреждение психологического дистресса и предотвращение эмоционального истощения у руководителей в системе МВД. Они основаны на принципах трёхэтапной модели профилактики ВОЗ и включают в себя как специализированные психологические программы, так и общие меры по повышению

культурно-просветительского уровня и психологической компетентности сотрудников [3].

Это позволяет не только поддерживать психическое здоровье руководителей, но и способствует профилактике профессионального выгорания.

Таким образом, ключевой особенностью профессионального стресса и эмоционального выгорания руководителей территориального органа МВД России является широкий спектр задач и обязанностей, связанных с обеспечением государственной безопасности страны. Работа сотрудников МВД России характеризуется высоким уровнем ответственности и необходимостью принимать решения в условиях ограниченного времени и ресурсов.

Это приводит к постоянному эмоциональному напряжению, вызванному воздействием как внешних, так и внутренних факторов. К внешним факторам можно отнести сложные социальные условия, высокий уровень преступности и другие аспекты, связанные с выполнением служебных обязанностей. Внутренние факторы включают в себя организационные проблемы, межличностные конфликты и необходимость соответствовать высоким требованиям профессиональной компетентности.

Всё это способствует развитию профессионального стресса и эмоционального выгорания у руководителей территориального органа МВД России, что негативно сказывается на их работоспособности, психологическом и соматическом состоянии, социальном восприятии сотрудников силовых структур. Для снижения негативного влияния стресса и предотвращения эмоционального выгорания необходимо разработать комплекс мер, направленных на поддержку и восстановление психологического благополучия сотрудников.

Литература

1. Богатырев С.В. Психологическая профилактика профессионального стресса и эмоционального выгорания у руководителей территориального органа МВД России // Прикладная психология и педагогика. Москва, Т.6, 2021, 9 с.
2. Бодров В.А. Психология профессиональной деятельности: теоретические и практические проблемы. Москва, 2006, - 63 с.
3. Платонов Ю.П. Путь к лидерству [Электронный ресурс]: URL: <https://search.rsl.ru/ru/record/01002956274> (дата обращения: 03.02.2024) – Режим доступа: научная электронная библиотека «eLibrary.ru».
4. Пряхина В.М. Профессиональный стресс руководителей органов внутренних дел // Труды Академии управления МВД России, 2012. - №3 (23) - С. 82-84.
5. Психофизиология: учебник для вузов / под ред. Ю.И. Александрова // Санкт-Петербургский государственный университет. Санкт-Петербург, 2006, - 432 с.
6. Хуторянская Т. В. Профессиональный стресс и общие закономерности его проявления // Образование в современном мире, 2019. - 403 с.

Редакция сетевого издания «Омский психиатрический журнал» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др., по следующим темам:

Региональные и социальные аспекты психиатрии.

Клиника психических расстройств.

Возрастные аспекты психиатрии.

Клиническая психология.

Психиатрия и право.

Психофармакология.

Организация психиатрической помощи.

Психотерапия и реабилитация в психиатрии.

Сестринское дело в психиатрии.

Другие близкие темы.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

1. Статья предоставляется в электронной версии.

2. На отдельной странице указываются контактная информация: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы, должность, контактный телефон и адрес электронной почты каждого автора.

3. Объем статьи должен составлять не менее 4 и не более 10 страниц машинописного текста (для обзоров – не более 24 страниц). Текст статьи должен быть набран шрифтом TimesNewRoman12 через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац».

4. При оформлении статьи на 1-й странице текста указываются инициалы и фамилия автора (авторов), название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор (авторы).

5. К статье прилагается резюме и ключевые слова на русском и английском языках (объемом не более 100 слов).

6. Таблицы должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы.

7. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. В списке перечисляются в алфавитном порядке сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

8. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

9. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а также отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала либо нарушений действующего законодательства. Причины отклонения статей автору не сообщаются.

10. Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.

The editorial board of the online publication "Omsk Psychiatric Journal" accepts for publication materials on theoretical and clinical aspects, clinical lectures, review articles, case studies, and others, on the following topics:

Regional and social aspects of psychiatry.
Clinical aspects of mental disorders.
Age-related aspects of psychiatry.
Clinical psychology.
Psychiatry and law.
Psychopharmacology.
Organization of psychiatric care.
Psychotherapy and rehabilitation in psychiatry.
Nursing in psychiatry.
Other related topics.

ARTICLE SUBMISSION GUIDELINES

1. The article should be submitted in electronic format.
2. On a separate page, provide the contact information for each author: full name, title, academic degree, place of work, position, contact phone number, and email address.
3. The article should be no less than 4 pages and no more than 10 pages of typed text (for reviews, no more than 24 pages). The text should be typed in Times New Roman font size 12, with 1.5 line spacing and 2 cm margins. Each paragraph should begin with a red line, set in the "Paragraph" menu.
4. On the first page of the text, include the initials and surname of the author(s), the article title, and the full name of the institution where the author(s) works.
5. The article should be accompanied by an abstract and keywords in both Russian and English (no more than 100 words).
6. Tables should be compact, numbered, titled, and have clearly marked columns.
7. Bibliographic references in the text should be numbered in square brackets according to the pre-article bibliography list, formatted according to GOST standards, and placed at the end of the article. The list should be arranged alphabetically, with domestic authors listed first, followed by foreign authors. All bibliographic references in the text must be numbered according to their position in the reference list. The surnames of foreign authors should be provided in the original transcription.
8. The text should use international drug names, which should be written in lowercase letters. Brand names should be written with an uppercase letter.
9. The editorial board reserves the right to scientifically edit, shorten, and revise the text, as well as to reject the work due to non-compliance with the journal's requirements or violations of current legislation. The reasons for article rejection will not be provided to the author.
10. The editorial board is not responsible for any violations of copyright or financial rights that occur due to the author's fault in the submitted materials.