следственные отношения между явлениями подменяются отношениями синкретизма или смежности: какое-либо событие ставится в зависимость от другого лишь на том основании, что оно имело место после него [6, 7].

Осмысливая с психиатрической точки зрения такие понятия как суеверие, религиозная вера и бред, Т. Haenel дифференцирует эти понятия. Суеверные личности используют проективные механизмы для установления связи между двумя событиями. Суеверие может быть понято как нарцисстическая попытка компенсации у личности, потерявшей доверие к себе под воздействием страха экзистенциальной угрозы. Религиозная вера есть, прежде всего, обязательство перед ультимативным смыслом жизни, пронизанная надеждой. Эмоциональным субстратом подлинной веры является базовая (основная) надежда. Подлинная религиозная вера характеризуется ортопраксией - практическим соответствием поведения убеждениям, приложимостью их к повседневным действиям. Вера не является чем-то застывшим, статичным, ее интегративность подвержена изменениям, вследствие окружающих факторов. Бред, в свою очередь, является расстройством мышления, выражающегося в виде абсолютной убежденности. Бредовая личность не сомневается, ложная вера не подвергается сомнению. Между верой и суеверием существуют переходные стадии. Суеверие является отправной точкой для бредовых идей, однако должно быть дифференцировано от них. Одним из критериев является то, что суеверная личность ощущает себя безопасной в своем мире, в то время как личность в бреде представляет угрозу разрушения безопасности: собственной и общественной [8].

Каждый из обследуемых нами в стадии ремиссии процессуального заболевания достаточно обстоятельно отражал суть суеверий, в которые он свято верил. В период обострения суеверия приобретали яркую картину бреда религиозного содержания. Данные результаты дают возможность взглянуть с другой стороны на процесс формирования религиозного бреда.

Вывод: обнаруженное структурное единство бредовых текстов дает возможность скорректировать рабочие определения религиозного бреда. Религиозный бред – это совокупность произведенных психотическим больным связанных текстов, в которых больной наделяет «особыми качествами» либо себя самого, либо кого-то или что-то, из окружающего мира, при этом религиозный бред должен выходить за рамки представлений, принятых в культурном и религиозном окружении пациента. В связи ростом различных конфессий и множества религиозных и оккультных концепций и влиянием на общество, данная проблема требует более обстоятельного и детального изучения.

Литература:

1. Bleuler E.. Руководство по психиатрии. – М., 1920. – С. 72-78.
2. Salver J.L., Rabin J. Нейрональные субстраты религиозного опыта // Журнал нейропсихиатрии и клинической неврологии. – 1997. – Часть 9, № 3, спец: нейропсихиатрия лимбических и подкорковых расстройств. – С. 498 - 510.
3. Шнайдер К. К введению в религиозную психопатологию // Независимый психиатрический журнал. – 1999. – № 1. – С. 23-24.
4. Зислин И., Спивак И. Иерусалимские этюды // Независимый психиатрический журнал. – 1999. – № 4. – С. 45-51.
5. Зислин И.М., Куперман В.Б., Егоров А.Ю. К вопросу о классификации бреда (попытка структурно-семантического анализа) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 3. – С. 97-105.
6. Полищук Ю.И. Состояние мистического экстаза в социально-психиатрическом аспекте // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – № 2. – С. 52-56.
7. Жмуров В.А. Психиатрия. Психология и психопатология мышления и речи. – М.:М, 1994. – 128 с.
8. Haenel T. Aberglaube, Glaube, Wahn. Schweizer Archiv fur Neurologie, Neurosurgery, und Psychiatrie. – 1983. – Vol. 133, № 2. – P. 295-310.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.В. Никитина

Тюменский ООД

Рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущее место среди опухолей у женщин. Одним из грозных осложнений опухолевого процесса являются метастатическое поражение головного мозга.

Метастазы РМЖ локализуются преимущественно в мозжечке и нейрогипофизе. С патофизиологических позиций это объясняют особенностями ретроградного венозного кровотока из грудной клетки в полость черепа или же особо благоприятными условиями для клеток рака молочной железы, существующими в мозжечке и гипофизе.

Данные литературы и наши собственные клинические наблюдения свидетельствуют о том, что вторичные изменения в ЦНС могут проявляться самыми различными симптомами, среди которых преобладают: головная боль, внутричерепная гипертензия, нарушения двигательной активности и др. Психопатологические расстройства являются обязательным спутником этих нарушений. Клинически доминируют симптомы астении, различной выраженности мнестические нарушения (Солнцева Ю.В., 2008; 2009 и др.). Депрессивные расстройства, как правило, носят не выраженный характер. Сами пациентки редко предъявляют жалобы на снижение настроения, указывая при опросе преимущественно жалобы соматического круга. В

литературе подобные феномены описывают как депсихопатизация и деновротизация, характерные для онкологических больных (Семке В.Я., 1991; Зотов П.Б., 2005 и др.).

Следующим по частоте регистрируется судорожный синдром, который обычно носит парциальный характер и достаточной хорошо контролируется диазепамом и/или бензоналом. Лишь в единичных случаях судорожные припадки носят стойкий, длительный характер.

В целом, клинические проявления при метастатическом поражении головного мозга у больных раком молочной железы достаточно многообразны. Поэтому для своевременной диагностики этих нарушений важное внимание врачей общей практики, наблюдающих этих женщин в 3 клинической группе выявление жалоб психопатологического круга и признаков органического поражения ЦНС должно входить в перечень активно выявляемых проявлений.

С учетом особенностей контингента нами обоснован и разработан алгоритм обследования с указанием вида и частоты используемых методов диагностики («психоорганический» анамнез, физикальное обследование, КТ/МРТ головного мозга; изотопная скintiграфия; краниография и др.).

Более широкое внедрение данного подхода в работу врачей общей практики, онкологов амбулаторного звена будет способствовать своевременной диагностике метастатического поражения мозга у больных РМЖ и улучшению результатов лечения.

СТРУКТУРА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Н.С. Плотникова

Тюменская ГМА

Исследование проводилось на базе хирургического отделения. Всего было обследовано 40 человек, проходивших оперативное лечение в плановом порядке. Из них мужчин было 22,5%, женщин - 77,5%. Средний возраст обследованных пациентов 38,2±1,3 лет. Сопутствующую патологию (ИБС, артериальная гипертония, СД, ожирение) имели 25 человек в разных сочетаниях. Наркоз газовыми анестетиками применялся у 62,5% пациентов, внутривенная анестезия с миоплегией и искусственной вентиляцией легких – у 37,5%. Клинико-психопатологический метод исследования дополнялся рядом клинических шкал (выраженность психопатической симптоматики (SCL-90-R), госпитальная шкала тревоги

и депрессии, шкала субъективной оценки астении (MFI-20)), а также психологической методики Спилбергера-Ханина для исследования эмоциональной сфер больных.

Клинико-психопатологическое обследование больных в дооперационном периоде выявило наличие у них психических расстройств разной степени выраженности. Фобические расстройства наблюдались у 87,5%, тревожные нарушения – у 82,5%, астенические – у 12,0%, депрессивные – у 10,0%, ипохондрические – у 10,0%. Чаще отмечались структурно-сложные состояния, тревожно-фобические расстройства, в меньшей степени астено-депрессивные. Тревожно-фобические расстройства проявлялись жалобами на разнообразные страхи у 87,5% обследованных, «душевный дискомфорт» (82,5%), в том числе волнение (50,0%), тревогу (32,5%), наличие навязчивых мыслей (25,0%), нарушение сна (22,5%), чувство телесного напряжения (17,5%). Большинство обследованных (87,5%) предъявляли жалобы на разнообразные страхи (оперативного вмешательства и его последствий – 37,5%, проблем в процессе выхода из наркоза – 27,5%, беспомощности – 10,0%, повторения прошлого негативного опыта операции – 10,0%, смерти во время операции – 5,0%, а также страх проснуться раньше времени – 2,5%). Больные отмечали у себя высокий уровень тревоги (32,5%), снижение настроения (22,5%), нарушение сна (22,5%) и снижение аппетита (7,5%). Также, повышение уровня тревожности вызывала «реакция ожидания» предстоящей операции, зависимость от других, неизвестность, опасения последствий операции, исхода восстановительного периода. Это подтверждается данными теста Спилбергера-Ханина: у пациентов в дооперационном периоде выявлена преимущественно высокая реактивная тревожность (76,7%), высокая личностная тревожность в дооперационном периоде обнаруживалась у 60,0% больных.

Пациенты с астено-депрессивными расстройствами предъявляли жалобы на слабость, «измотанность» (30,0%), снижение работоспособности, увеличение времени для выполнения обычных дел (20,0%), «плохое» настроение, тяжесть в голове, трудность сосредоточиться, чувство скованности. Кроме того, существенное влияние на психологическое состояние пациентов оказывала ситуация необычной обстановки нахождения в стационаре, отрыв от друзей, родных, изменение привычного режима, потеря «личного пространства». Дискомфорт от нахождения в больнице (различные процедуры, обстановка в операционной, реанимационной палате, необходимость пребывания в обнаженном виде и др.), особенно часто отмечался у женщин. Чувство телесной незащищенности, повышенная душевная ранимость вызывала высокое напряжение, чувство «натянутой струны», взвинчен-