

2. Лобов В.В., Конвай В.Д., Лукошин А.В. Влияние дексаметазона на обмен гормонов- регуляторов метаболизма углеводов в пострестраимационном периоде // Фармакология и токсикология. – 1990. – №1. – С.53-54.

3. Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. // Пробл. Эндокринолог. – 1997. – Т.43. – № 5. – С.39-47.

4. Мельниченко Г.А., Фадеев В.В., Бузиашвили И.И. // Там же. – 1998. – Т.44, № 4. – С. 46-55.

5. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. // Там же. – 2000. – Т. 46. – № 3. – С. 31-45.

6. Denis Ph., Laroche L. Effets secondaires oculaires de certains medicaments: corticoids locaux et generaux, antipaludeens de syntese, parasymphatholytiques, collyres symphathomimetiques // Rev. Prat. (Paris). – 1991. – V.41. – №10. – P.931-933.

7. Tulcher D.A., Katelaris C.U. Anaphilactoid reaction to intravenous hydrocortisone sodium succinate: a case report and literature review // Med. J. Austr. – 1991. – V.154. – №4. – P.210-214.

8. Vanelli J.-M., Aubin F., Michel F. Les complication psychiatrigwes de la corticoterapia // Rev. Prat. (Paris). – 1990. – V. 40, №6. – P.556-558.

## СОЦИОФОБИЯ – СЕРЬЕЗНОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

*И.Н. Леухин, Г.А. Авакова*

Белгородская областная психиатрическая больница

В настоящее время, по данным Всемирной Ассоциации Психиатров, считается, что каждый десятый человек в какой-то период своей жизни страдает социальной фобией. Относившаяся ранее к редким формам патологии теперь она признается широко распространенным тревожным расстройством, нарушающим трудоспособность больных. Отмечается, что несколько чаще она наблюдается у одиноких женщин молодого возраста с низким социально-экономическим статусом (Lydiard R.V., 1994 г.). Возможно, что часть больных вырабатывает компенсаторные стратегии, позволяющие им поддерживать некоторую видимость нормальной, хотя и весьма ограниченной жизни. Но для остальных, социофобия означает в первую очередь серьезные расстройства адаптации. Избегающее поведение нарушает привычный образ жизни, отрицательно влияет на сферу обучения, социальные и сексуальные взаимоотношения, на работу. В своих крайних проявлениях социофобия может привести к полной социальной изоляции. Часто, в попытке преодолеть страх социальных контактов, больные начинают злоупотреблять алкоголем и наркотическими веществами. Страдающие социофобией могут перестроить всю свою жизнь, дабы избежать столкновений с ситуацией, где вероятность подвергнуться проверке или оценке выше всего. В связи с этим, профессиональных медицинских кругах нарастает озабоченность проблемами социофобии. При Всемирной Ассоциации Психиатров сформирована специальная проблемная группа, задачами которой является разработка методов лечения, координация усилий врачей, работников и чиновников здравоохранения, проведение образовательных программ.

В клиническом обзоре Всемирной Ассоциации Психиатров (1996г.) определение настоящего заболевания звучит следующим образом: «лица, страдающие социофобией, испытывают неадекватный страх негативной оценки со стороны окружающих в целом ряде ситуаций социального взаимодействия. В ситуации, вызывающей страх, у них часто возникает тревога, и отмечаются ее соматические проявления». Ситуациями, наиболее часто провоцирующими страх, являются те, в которых больным приходится:

знакомиться (быть представленным другим людям)

общаться с вышестоящими лицами (начальством)  
выступать перед аудиторией  
принимать посетителей  
делать что-либо в присутствии других (или под наблюдением)  
становиться объектом подшучивания

Наиболее часто встречающимися соматическими проявлениями страха являются: сердцебиение, дрожание рук, потливость, напряжение мышц, чувство «сосания под ложечкой», неожиданная потребность бежать в туалет, сухость во рту, головная боль.

Заболевание, как правило, начинается в позднем детском или раннем пубертатном возрасте и принимает хроническое течение. Многие признаки социальной фобии, такие как страх перед публичным выступлением, присутствуют и у здоровых людей. Поэтому диагноз заболевания выставляется лишь в том случае, если тревога вызывает значительный дискомфорт, а фобические переживания оцениваются как чрезмерные и необоснованные. По своим феноменологическим проявлениям социофобия напоминает панические расстройства, но отличается наличием устойчивой социальной ситуации, вызывающей это состояние. Подобный тип расстройства ранее в отечественной психиатрии рассматривался в рамках «невроза ожидания» (Гиляровский В.А., 1935.), либо как результат декомпенсации у личности тревожно – мнительного типа (Александровский Ю.А., 1976.).

Данные эпидемиологических исследований позволяют предположить, что социофобия более распространена в западных обществах, чем в восточных. В некоторых восточных и азиатских культурах проявления социофобии рассматриваются скорее как черты личности, нежели расстройство, нуждающееся в лечении. Так в Японии для описания крайнего выражения робости используется термин – Шинка Шицу. Многие люди с личностными чертами такого типа на самом деле могут быть больны.

Прослеживается тенденция к семейному предрасположению. Существуют данные, свидетельствующие о генетической обусловленности, а так же о том, что особенности поведения родителей могут оказывать прямое влияние на развитие заболевания у ребенка.

Большинство исследователей утверждают, что при социальных фобиях возникновение коморбидных (сочетанных) расстройств является скорее правилом, чем исключением. Почти все больные социофобией, в какой – то период своей жизни страдают так же от таких состояний как большая депрессия, агорафобия и паническое расстройство. Так, коморбидность с рекуррентной депрессией составляет более 50%, с простыми фобиями 60%, с агорафобиями 45% (Lydiard R.B., 1994 г.). Такого рода пациенты в пять раз больше, чем общая популяция склонны к совершению суицидальных попыток. По данным масштабного популяционного эпидемиологического исследования, злоупотребление алкоголем зафиксировано в 19% социофобиков, наркотическими веществами 18%, расстройство пищевого поведения от 32%.

По сообщениям Всемирной Ассоциации Психиатров, к сожалению, только 25 % страдающих социофобией получают какое – либо лечение, а процент пациентов получающих адекватное и эффективное лечение еще меньше. Учитывая, что социофобия поражает 10 % населения, вопрос о сроках начала лечения является весьма важным. По самой природе этого состояния, многие из страдающих социофобией не склонны обращаться за помощью, особенно на ранних стадиях до появления тяжелых коморбидных расстройств. Больному очень трудно собраться и пойти к врачу общей практики, а тем более к психиатру. Для больных испытывающих страх говорить перед людьми, страх подвергнуться наблюдению или оценке, возможной критике, это серьезное испытание. В общем, и целом больные избегают больниц и поликлиник, не верят в возможность адекватного лечения. Тем не менее, существуют методы воздействия на заболевание, существенного улучшения состояния больных.

Наиболее эффективными препаратами при лечении социофобии, являются препараты ингибирующие энзимы моноаминоксидазы (МАО) в ЦНС. К ним относятся – ОИ-

МАО – А (новый класс обратимых ингибиторов МАО – А) и ИМАО предшествующего поколения (препараты необратимо и неселективно ингибирующие как МАО-А, так и МАО-В). Обратимые ингибиторы (моклобемид) безопаснее гораздо лучше переносятся. Также проводились несколько успешных исследований по применению селективных серотонинэргических антидепрессантов (сертралин, флуоксетин) и триазоловых бензодиазепинов (альпразолам). Необходимо особенно обратить внимание на тот факт, что для лечения социофобии требуется долгое время. Достоверное улучшение наблюдается через 6-12 месяцев лечения. Продолжительность фармакотерапии полностью себя оправдывает, если эти больные были дезадаптированы в такой степени, что не могли вести нормальный образ жизни.

В лечении социофобии наиболее эффективно комбинирование медикаментозной терапии антидепрессантами с психотерапией. Особенно показано когнитивная и бихевиоральная психотерапии. Они помогают пациентам бороться с негативными установками, лежащими в основе их заболевания. Стереотипы поведения избегания, обычно сохраняющиеся в течение многих месяцев, несмотря на быстрое уменьшение выраженности тревожных переживаний, и соматовегетативного симптомокомплекса, также требует обязательной психотерапевтической работы.

Поскольку многие пациенты никогда не слышали о таком заболевании как социофобия, и считают свои переживания проявлением крайней застенчивости или особенностей характера, необходимо тщательное объяснение природы заболевания, возможных методов лечения. Очень важно обеспечить своевременное лечение пациентов социофобией, поскольку если они будут страдать от заболевания в течение многих лет, то они рискуют упустить возможности обучения, профессионального роста, продвижения по службе (а могут потерять трудоспособность). Они более склонны к злоупотреблению алкоголем и наркотиками, а также имеют выраженные суицидальные тенденции. Такие больные являются тяжелым бременем для самих себя, своих семей и общества в целом.

#### Литература

1. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация – М., Наука, 1976.
2. Гиляровский В.А. Психиатрия. – М.-Л. Биомедгиз, 1955.
3. Калинин В.В., Максимова М.А. Современные представления о феноменологии, патогенезе и терапии тревожных состояний. Социальная и клиническая психиатрия, 1993, № 3. С. 128-142.
4. Lydiard R. B. Comorbidity of panic disorder, social phobia and mayor depression. AEP Satellite simposium, 20 Sept. 1994. Abstracts. P. 12-14.

## ДИНАМИЧЕСКИЕ СДВИГИ В СИСТЕМЕ ЭРИТРОНА У ПТИЦ ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ

*Е.А. Липунова, М.Ю. Скоркина*

Кафедра анатомии и физиологии человека и животных

Красная кровь – равновесная биологическая система. В физиологических условиях у человека и животных поддерживается относительное постоянство ее морфологического состава и физико-химических свойств. С нарушением в системе крови динамического равновесия изменяются количественные показатели и качественный состав популяции эритроцитов (И.А. Терсков, И.И. Гительзон, 1967).

Морфофизиологической особенностью эритроцитарной популяции птиц, в отличие