

Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН
Научно–исследовательский институт психического здоровья СО РАМН
Иркутский государственный медицинский университет
Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования
Министерство здравоохранения Иркутской области

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

VIII Байкальская конференция



*Иркутск
25 сентября 2012 года*

УДК 616.89–06:616

ББК 56.14

**Психосоматические и соматоформные расстройства в
клинической практике: сборник материалов VIII
Байкальской конференции (Иркутск, 25 сентября) / Под ред.
Ф.И.Белялова, В.С.Собенникова, В.В.Долгих. Иркутск, 2012.
74 с.**

В ежегодном сборнике материалов конференции по психосоматическим проблемам представлены работы по особенностям диагностики и лечения психических расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями.

Книга предназначена для интернистов, психиатров, психотерапевтов и психологов.

УДК 616.89–06:616

ББК 56.14

© ИГМАПО, ИГМУ, НЦ ПЗС РЧ СО РАМН, 2012

СОДЕРЖАНИЕ

Белялов Ф.И. Психосоматические отношения и смертность.	5
Винокуров Е.В., Собенников В.С. Пограничные психические расстройства с пароксизмальными состояниями неэпилептического генеза у пациентов общесоматической сети.....	7
Капустенская Ж.И. Распространенность аффективных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста с хронической церебральной ишемией. 12	
Карташова О.Н. Неврологические нарушения при ВИЧ–инфекции/СПИДе у пациентов с психической патологией.....	15
Корниенко В.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у лиц опасных профессий.....	17
Машанская А.В., Власенко А.В., Прохорова Ж.В., Долгих В.В., Рычкова Л.В. Эффективность физиотерапевтических и немедикаментозных методов в коррекции психосоматических расстройств у детей и подростков.....	20
Новиков А. В., Ясникова Е. Е. Вегетативный и психический статус больных соматоформными расстройствами с учетом индивидуального профиля функциональной асимметрии.....	24
Окладников В.И. Мировоззренческий аспект психосоматологии.....	25
Петрова М.М., Поликарпов Л.С., Ооржак Н.С. Особенности психологического статуса организованной мужской популяции, страдающей артериальной гипертензией, республики Тыва.....	30
Петрова М.М., Штарик С.Ю., Ольховская Е.А. Коморбидность артериальной гипертензии и тревожно–депрессивных расстройств в амбулаторно–поликлинических условиях.....	36
Поляков В.М., Колесников С.И., Погодина А.В., Долгих В.В., Рычкова Л.В., Бугун О.В., Прохорова Ж.В. Нарушение циркадианных ритмов артериального давления и когнитивной деятельности у детей и подростков с ЭАГ.....	41
Прохорова Ж.В., Поляков В.М., Долгих В.В., Колесникова Л.И., Рычкова Л.В. Биологически обратная связь и коррекция психоэмоциональной сферы у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией.....	46
Рыбалко В.О., Ясникова Е.Е., Шадчнев Е.В., Кузнецова Ю.В.....	51
Качество жизни в связи с психическими расстройствами у больных с социально значимыми хроническими инфекционными заболеваниями	51
Семке В.Я., Белокрылова М.Ф. Предикторы психосоматического реагирования: особенности детско–родительских взаимоотношений.....	53

Собенников В.С. Соматизация при расстройствах невротического и аффективного спектра (клинико–патогенетические аспекты).....	60
Собенникова В.В. К оценке некоторых психопатологических особенностей реакций разлуки со «значимым другим»	68
Черняк Н.Б., Пшеничных И.В., Белазерова С.В. Влияние личностных особенностей на манифестацию и динамику соматоформных расстройств.	71

Белялов Ф.И. Психосоматические отношения и смертность

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Исследование связей психики и продолжительности жизни человека, поиск возможностей снижения смертности путем улучшения душевного состояния человека остаются в центре внимания психосоматической науки и практики. В конечном итоге, медицина стремится обеспечить более комфортное и длительное существование человека. В настоящей статье сделана попытка обобщить накопленные научные данные по влиянию психического состояния на смертность.

В многочисленных эпидемиологических исследованиях выявлена связь *депрессии* и общей смертности. Наличие депрессии ассоциировалось с достоверным возрастанием больничной и внебольничной смертности в 1,2–2,0 раза, независимо от хорошо изученных соматических факторов риска смерти (Herrmann C., et al., 1998; Abas M., et al., 2002; Everson–Rose S.A., et al., 2004; Gump B.B., et al., 2005; Markkula N., et al., 2012). Смертность возрастала при более выраженной депрессии, а также при усилении депрессии с течением времени в отличие от стабильного уровня снижения настроения (Wulson L.R., et al., 2005; Zhang J.P. et al., 2009). Основными причинами роста смертности были сердечно–сосудистые заболевания, реже суициды.

Результаты крупных исследований продемонстрировали противоречивые оценки связи общей смертности и *тревоги* (Mykletun A., et al., 2007; Markkula N., et al., 2012). По–видимому, влияние тревоги существенно зависит от соматической или психической коморбидности. Смертность была заметно выше, если тревога сопутствовала депрессии по данным исследований HUNT–2 и Vietnam Experience Study (Mykletun A., et al., 2009; Phillips A.C., 2011). С другой стороны, у пациентов с ишемической болезнью сердца без инфаркта миокарда в анамнезе тревога ассоциировалась со значительным снижением смертности (на 30% в течение 5 лет) и, таким образом, выполняла защитную функцию (Meyer T., et al., 2010).

По данным мета–анализа проспективных когортных исследований *стресс* разной степени выраженности ассоциировался с повышением общей смертности, смертности от сердечно–сосудистых болезней и внешних причин, независимо от соматической коморбидности, поведенческих и социальноэкономических факторов (Russ T.C., et al., 2012). После установления диагноза рака в первую неделю сердечно–сосудистая смертность повыси-

лась в 5,6 раза, в первый месяц – в 3,3 раза, а в течение года показатель быстро снизился до обычного уровня (Fang F., et al., 2012).

На смертность могут воздействовать и другие психологические факторы. Например, среди японцев ощущающих ценность жизни (икигай), смертность была ниже в 1,5 раза (Sone T., et al., 2008).

Состояние души может влиять на риск смерти тела через изменение поведения: суициды, отказ от эффективных инвазивных вмешательств (диализ, коронарная ангиопластика, протезирование клапанов сердца), пренебрежение медикаментозным лечением соматических заболеваний, ограничение физической активности, нежелание изменить диету и другие аспекты нездорового образа жизни. Кроме того, изменение психики может негативно повлиять на состояние вегетативной нервной системы, контроль воспаления, тромбообразование, которые, в свою очередь, способствуют развитию соматических катастроф через повышение нестабильности атеросклеротических бляшек с разрывами, формированием тромбов и окклюзией коронарных и мозговых сосудов. Многие исследования и мета-анализы подтверждают негативное влияние депрессии на риск коронарных событий, инсультов. В исследовании EPIC-Norfolk пациенты с большой депрессией в 2,7 раза чаще умирали от ишемической болезни сердца в течение 8,5 лет наблюдения. Мета-анализ 28 проспективных исследований выявил возрастание в 1,5 раза заболеваемости и смертности от инсультов у пациентов с депрессией (Pan A., et al., 2011).

Наибольшее число психосоматических исследований эффективности психотропного лечения включало пациентов с депрессией. Выбор этого синдрома обусловлен не только высокой распространенностью, снижением качества жизни, риском суицидов, но и наличием достаточно эффективных препаратов для длительного лечения.

Данные влияния лечения депрессии с помощью антидепрессантов на смертность противоречивы. Однако в ряде крупных исследований контроль депрессии позволил уменьшить смертность. В рандомизированном проспективном исследовании пожилых пациентов с выраженной депрессией лечение, проводимое врачами общей практики согласно разработанным алгоритмам, ассоциировалось со снижением 5-летней смертности почти в 2 раза (Gallo J.J., et al., 2007).

Позитивную роль в предупреждении смертности может играть и психотерапевтическое лечение. У мужчин с заболеваниями сердца психологическое лечение снизило 2-летнюю смертность на 27% (Linden W., et

al., 2007). Важно отметить, что наибольший эффект лечение давало сразу после сердечного события и смертность в этих случаях снизилась на 72%.

Проведенный анализ научных данных показывает, что ухудшение психического состояния человека повышает риск смерти, преимущественно от сердечно-сосудистых причин, а лечение душевных расстройств может увеличить продолжительность жизни.

Винокуров Е.В., Собенников В.С. Пограничные психические расстройства с пароксизмальными состояниями неэпилептического генеза у пациентов общесоматической сети

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Цель: уточнение диагностических и прогностических критериев пограничных психических расстройств с пароксизмальными состояниями неэпилептического генеза (ПСНГ) у пациентов общесоматической сети.

Методы исследования. В исследовании применялся клиничко-психопатологический метод, дополненный оценкой с использованием клинических шкал тревоги HAM-A, депрессии HDRS, алекситимии TAS-20, диссоциации DES, а также экспериментально-психологической методики (СМИЛ). Статистическая обработка с использованием пакета Statistica 6.0. Настоящее исследование выполнено на кафедре психиатрии и медицинской психологии ИГМУ, на базе поликлиник №1–№5 и станции скорой медицинской помощи г. Якутска, Якутского республиканского центра экстренной медицинской помощи. Объектом исследования являлись пациенты общесоматической сети. Всего изучен 101 случай (66 женщин (65%) и 35 мужчин (35%), средний возраст $33,4 \pm 10,0$ года). В большинстве случаев (86%, 87 наблюдений) ПСНГ были квалифицированы как панические атаки (ПА). Из 87 пациентов у 8 (9%) были панические расстройства (ПР) (3 женщины (38%) и 5 мужчин (62%)), у 31 (36%) – панические расстройства с агорафобией (ПРА) (18 женщин (58%) и 13 мужчин (42%)), у 36 (41%) – панические расстройства с агорафобией и депрессией (ПРА+Д) (24 женщины (67%) и 12 мужчин (33%)), у оставшихся 12 пациентов (14%) – соматоформные расстройства в сочетании с депрессией (СФР+Д) (12 женщин (100%)). В 14 случаях (14%) из всей выборки ПСНГ характеризовались развитием паникоподобных состояний с обострением конверсионной симптоматики или диссоциативных расстройств, из них у 5 (36%) были зарегистрированы диссоциативные (конверсионные) расстройства (ДКР) (4

женщины (80%) и 1 мужчина (20%)), у 9 (64%) – посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (5 женщин (56) и 4 мужчин (44%)). Средний возраст пациентов в группе с ПР составил $41,5 \pm 4,7$ лет, с ПРА – $29,8 \pm 6,5$ лет, с ПРА+Д – $38,1 \pm 12,4$ лет, с СФР+Д – $30,1 \pm 3,6$ лет, с ДКР – $25,2 \pm 4,1$ лет, с ПТСР – $28,5 \pm 8,4$ лет. Приблизительно в половине случаев у пациентов обнаруживались соматические заболевания (56%, 57 пациентов). С наибольшей частотой выявлялись деформирующие дорсопатии и спондилопатии (38%, 38 случаев), заболевания из категории «другие болезни сердца» МКБ–10 (пролапс митрального клапана, предсердно–желудочковая блокада первой степени, безопасные аритмии и др.) (25%, 25 случаев), гипертоническая болезнь (19%, 19 наблюдений).

Результаты. Результаты исследования актуального статуса пациентов в обследованных группах посредством клинических шкал и опросников свидетельствуют о превышении нормативных значений показателей по шкалам тревоги HAM–A (Hamilton, M., 1959), депрессии HDRS (Hamilton M., 1960; Williams J.B.W., 1989), диссоциации DES (Bernstain E.M., Putnam F.W., 1986) и алекситимии TAS–20 (Parker J.D.A. et al., 1993). Диаграмма 1 иллюстрирует показатели клинических шкал тревоги HAM–A, депрессии HDRS, диссоциации DES, факторов шкалы алекситимии TAS–20 (DIF, DDF, EOT) в клинических группах. Сравнительный анализ выявил, что при тревожных, соматоформных расстройствах в сочетании с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д) и диссоциативных расстройствах (ДКР, ПТСР) показатели шкалы тревоги HAM–A значимо не различались ($23,1 \pm 3,3$ и $23,8 \pm 1,5$ балла соответственно) и оказались достоверно выше, чем при тревожных расстройствах (ПР, ПРА) ($15,3 \pm 2,1$ балла). Аналогично показатели шкалы депрессии HDRS при тревожных, соматоформных расстройствах с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д) ($16,7 \pm 1,2$ балла) и диссоциативных расстройствах (ДКР, ПТСР) ($16,7 \pm 1,4$ балла) значительно превосходили показатели при тревожных расстройствах (ПР, ПРА) ($9,2 \pm 1,3$ балла) ($p < 0,05$).

Применение опросника алекситимии TAS–20, позволило выявить симптомокомплекс алекситимии, характерный для всей выборки ($62,2 \pm 4,1$ балла). Суммарные показатели шкалы алекситимии TAS–20 при диссоциативных расстройствах (ДКР, ПТСР) ($64,4 \pm 4,7$ балла) и тревожных, соматоформных расстройствах с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д) ($63,2 \pm 3,5$ балла) также оказались достоверно выше, чем при тревожных расстройствах (ПР, ПРА) ($60,1 \pm 3,7$ балла). Анализ показателей трех составляющих алекситимии выявил достоверное различие только по фактору «затруднения в идентификации и различении чувств и телесных ощущений» (DIF). Наиболее вы-

сокие показатели фактора DIF зарегистрированы при диссоциативных расстройствах (ДКР, ПТСР) ($26,5 \pm 1,2$ балла). При тревожных, соматоформных расстройствах с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д) показатели фактора DIF ($24,3 \pm 1,8$ балла) оказались достоверно выше, чем при тревожных расстройствах без депрессии (ПР, ПРА) ($23,1 \pm 1,4$ балла). Таким образом, клинические варианты значимо отличались по эмоционально-сенситивному фактору алекситимии, но не по когнитивному. Сравнительный анализ показателей диссоциативных переживаний с помощью шкалы DES у пациентов с ПСНГ обнаружил, что при диссоциативных расстройствах (ДКР, ПТСР) показатели ($23,9 \pm 4,6$ балла) достоверно выше, чем в других группах. В то время как при тревожных, соматоформных расстройствах с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д) ($15,9 \pm 3,4$ балла) показатели оказались значимо выше, чем при тревожных расстройствах без депрессии ($8,7 \pm 3,3$ балла).

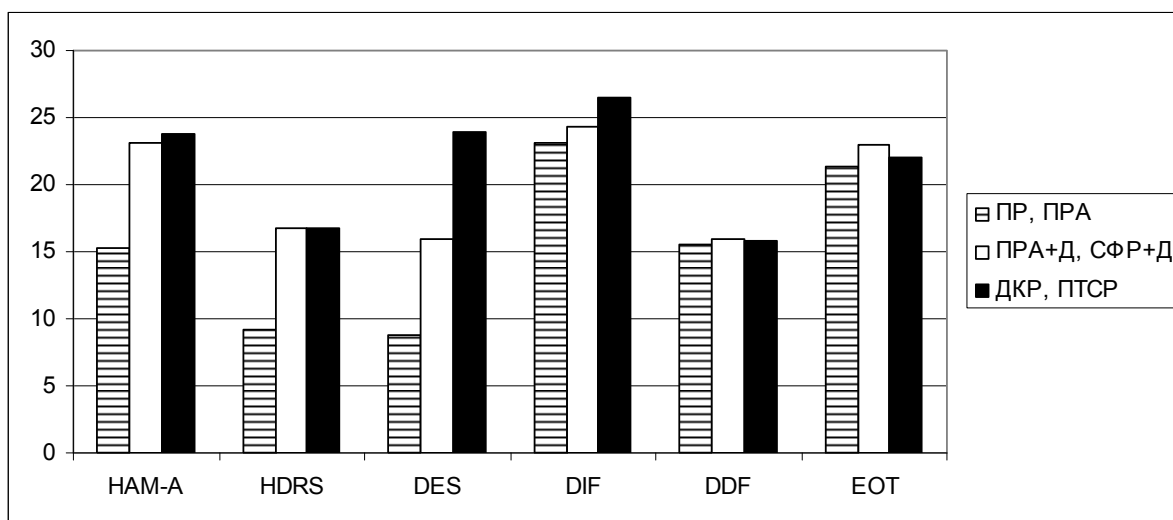


Рис. 1. Показатели клинических шкал тревоги HAM–А, депрессии HDRS, диссоциации DES, факторов шкалы алекситимии TAS–20 (DIF, DDF, EOT) в клинических группах пациентов с ПСНГ.

Методика СМИЛ позволяет не только сравнить обследованные группы, но и верифицировать характерные личностные детерминанты, свойственные обследованным пациентам с ПСНГ (Собчик Л.Н., 2000). Результаты анализа свидетельствуют, что профиль шкал достоверности во всех изученных группах в рамках допустимого разброса, однако, разница между показателями шкал F и K, выявляла тенденцию к драматизации имеющихся проблем. Это можно соотнести с выраженной тревожностью и потребностью в помощи. Усредненный профиль СМИЛ всей выборки (101 пациент) характеризовался превышением усредненных показателей 70Т по шкалам «сверхконтроля», «пессимистичности», «эмоциональной лабильности» и «тревожности», остальные базисные шкалы – 56Т и выше. По-

добный профиль СМИЛ свидетельствует о дезадаптации личности, сопровождаемой тревогой, склонностью к иррациональным страхам, пессимизмом, неустойчивой самооценкой, соматизацией переживаний, “бегством в болезнь”.

Усредненный профиль СМИЛ пациентов с ПР, ПРА локализовался в нормативных пределах (менее 70Т) (диаграмма 2). Характеризовался подъемом, достигающим 65Т по шкалам «невротической триады» и шкале «тревожности». Клинические группы тревожных, соматоформных расстройств с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д), и диссоциативных расстройств (ДКР, ПТСР) имели достоверно более высокие показатели базисных шкал, чем группа тревожных расстройств без депрессии (ПР, ПРА), «плавающие» усредненные профили СМИЛ, свидетельствующие о выраженном стрессе и дезадаптации личности. Профиль СМИЛ пациентов с ПРА+Д, СФР+Д характеризовался превышением усредненных показателей 75Т по шкалам «пессимистичности», «эмоциональной лабильности», «тревожности», и превышением 70Т по шкалам «сверхконтроля», «индивидуалистичности». Диссоциативные расстройства (ДКР, ПТСР) характеризовались достоверно более высокими показателями по шкалам «сверхконтроля», «пессимистичности», «импульсивности», «тревожности» и «индивидуалистичности», чем тревожные, соматоформные расстройства с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д). Усредненный профиль СМИЛ пациентов с ДКР, ПТСР характеризовался превышением усредненных показателей 80Т по шкалам «сверхконтроля», «пессимистичности» и «тревожности», превышением 75Т по шкалам «эмоциональной лабильности» и «индивидуалистичности».

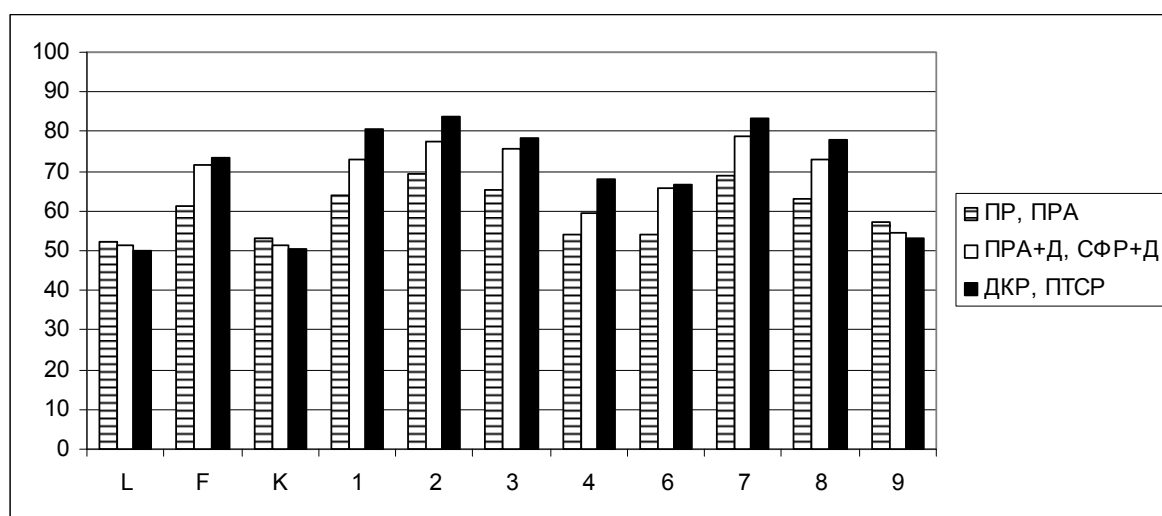


Рис. 2. Показатели шкал СМИЛ в клинических группах пациентов с ПСНГ.

При катamnестическом исследовании (средний срок $2,9 \pm 0,7$ года) психические расстройства выявлялись в группе с ПР – в 50% случаев, с ПРА – в 68%, с ПРА+Д – в 86%, с СФР+Д – в 91%, с ДКР и с ПТСР в 100%. При этом статистический анализ выявил достоверность различий результатов катamnестического исследования между группами с ПР и с ПРА+Д или с СФР+Д. Таким образом неблагоприятными прогностическими признаками при манифестации заболеваний оказались диссоциативные расстройства и депрессия. Результаты исследования показали, что клинические проявления ПА (87 пациентов) отличаются некоторыми особенностями в группах в зависимости от наличия (ПРА+Д, СФР+Д) или отсутствия депрессии (ПР, ПРА) при манифестации ПСНГ. При тревожных и соматоформных расстройствах ассоциированных с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д) выше удельный вес большинства диагностических симптомов ПА (согласно классификации DSM–IV), чем в группах с тревожными расстройствами (ПР, ПРА). Достоверно чаще регистрировались такие вегетативные и соматические симптомы как «затруднения в дыхании», «чувство удушья», «боли или дискомфорт в груди», «парестезии», среди психических симптомов – «страх смерти», «дереализация, деперсонализация». Внутри групп с тревожными расстройствами (ПР, ПРА) среди вегетативных и соматических симптомов ПА преобладали «сильное сердцебиение» (95%), «чувство головокружения, неустойчивости» (82%), «тремор» (79%), «ощущение волн жара» (79%). Среди психических симптомов – «страх смерти» (51%). В группах с тревожными, соматоформными расстройствами в сочетании с депрессией среди вегетативных и соматических симптомов преобладали «сильное сердцебиение» (98%), «затруднения в дыхании» (94%), «чувство головокружения, неустойчивости» (94%). Среди психических симптомов также – «страх смерти» (77%).

Заключение. Пограничные психические расстройства с ПСНГ у пациентов общесоматической сети отличает клинический полиморфизм. В большинстве случаев ПСНГ могут быть квалифицированы как панические и паникоподобные состояния в структуре к ПР, ПРА и СФР. Гораздо реже ПСНГ являются выражением диссоциативных и конверсионных нарушений в рамках ДКР, ПТСР. Прогностически менее благоприятное течение заболевания отмечено при диссоциативных расстройствах (ДКР и ПТСР), тревожных, соматоформных расстройствах в сочетании с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д). В целом, ассоциация тревожных, соматоформных расстройств с депрессией характеризовалась большей выраженностью психопатологических нарушений, оцениваемых по клиническим шкалам и более высоким

удельным весом большинства диагностических симптомов ПА.

Капустенская Ж.И. Распространенность аффективных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста с хронической церебральной ишемией

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Согласно литературным данным симптомы тревоги и депрессии наблюдаются у 25–30% лиц старше 65 лет, причем на фоне сопутствующих соматических заболеваний эта цифра достигает 50%. У пациентов с неврологическими заболеваниями депрессия встречается в 53%–86% случаев. Среди пациентов с верифицированным соматическим заболеванием тревожные и депрессивные расстройства являются дополнительной проблемой, ухудшающей качество жизни пациентов и требующей дополнительного лечения.

Тревожные и депрессивные расстройства помимо снижения приверженности пациента к лечению усугубляют тяжесть соматических симптомов, провоцируют осложнения, увеличивая длительность пребывания в стационаре, влияют на степень работоспособности. У пациентов пожилого и старческого возраста нередко в клинической картине тревожных и депрессивных состояний доминируют когнитивные нарушения (снижение памяти, внимания, работоспособности, вплоть до картины псевдодеменции), купирующиеся после применения специфической терапии.

Достаточно часто депрессия и тревога, в том числе у старших возрастных групп, остаются не выявленными. Как правило, диагностические трудности связаны с «особым» отношением врачей соматических профилей к подобным расстройствам и с особенностями клинической картины тревоги и депрессии в пожилом возрасте.

Цель исследования: определение частоты и выраженности соматически обусловленной тревоги и/или депрессии у больных пожилого возраста с хронической церебральной ишемией (ХЦИ).

Методы исследования. обследовано 421 больных в возрасте от 65 до 74 лет с хронической церебральной ишемией, из них мужчин – 46,8%, женщин – 53,2%. В исследовании преобладали пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии (ДЭ II) – 392 (93,1%).

Из исследования исключались больные ДЭ III стадии, пациенты с инсулинзависимым сахарным диабетом, анемией, тяжелой печеночной и почечной недостаточностью, с нарушениями функции щитовидной желе-

зы, а также пациенты, злоупотребляющие алкоголем, принимающие препараты L-допа, бромокриптин, баклофен.

Помимо общеклинического и неврологического исследования пациентам проводилось тестирование с использованием скрининговой госпитальной шкалы HADS (Hospital Anxiety and Depression scale), разработанной Zigmund A.S. и Snaith R.P. специально для соматических больных. Оценка качества жизни (КЖ) исследовалась при помощи неспецифического опросника SF-36.

Результаты. В результате проведенного исследования отмечена значительная распространенность тревожных и депрессивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста с хронической церебральной ишемией (63%). Среди всех пациентов с аффективными расстройствами изолированные тревожные или депрессивные расстройства выявлялись достаточно редко (13,2% и 5,1% соответственно). В 79% наблюдениях отмечена коморбидность тревоги и депрессии.

У включенных в исследование больных превалировала субклиническая тревога (72%) и субклиническая депрессия (83%).

При проведении сравнительного анализа по шкалам качества жизни (КЖ) у пациентов с аффективными расстройствами в сравнении с лицами без тревоги и депрессии отмечены более низкие показатели, причём статистически достоверные различия выявлялись по векторам «жизнеспособность», «социальная активность», «ролевое эмоциональное функционирование» и «психическое здоровье», определяющим эмоциональное благополучие.

Наряду с этим показатели КЖ, характеризующие деятельность, были снижены в меньшей степени.

Динамическое наблюдение в течение $2,5 \pm 0,58$ лет за пациентами с ХЦИ показало отрицательное влияние сопутствующих тревоги и/или депрессии на течение основного неврологического заболевания. У пациентов с аффективными расстройствами значительно чаще, чем у больных без тревожных и депрессивных нарушений отмечалось неблагоприятное течение цереброваскулярной патологии в виде развития острых нарушений мозгового кровообращения (21% и 9% соответственно).

Таким образом, больным дисциркуляторной энцефалопатией с тревожными и депрессивными расстройствами, учитывая негативные медико-социальные последствия аффективных расстройств, помимо базисной терапии необходимо проводить и анксиолитическую и/или антидепрессивную терапию.

В настоящее время в формализованные протоколы ведения больных с цереброваскулярными заболеваниями включены ноотропные средства. В большинстве случаев воздействие препаратов, известных под названием «ноотропы», является монофункциональным, что ограничивает их применение для лечения некоторых мозговых нарушений. В результате проведенных клинических испытаний антигипоксанта идебенона отмечены следующие эффекты: повышение обменных процессов в головном мозге путем активации синтеза глюкозы и АТФ, улучшение кровоснабжения и оксигенации тканей мозга, активация выведения лактатов; повышение интенсивности и скорости нейрофизиологических реакций мозговых структур. Также отмечено нейропротекторное действие, которое заключается в замедлении перекисного окисления липидов и предохранении мембран нейронов и митохондрий от повреждений. С первых дней приема проявляется антиастеническое, психостимулирующее и антидепрессивное действие, ноотропное действие проявляется через 3–4 нед приема.

С целью изучения эффективности и переносимости идебенона 17 больным ДЭ (12 женщин и 5 мужчин) 64–73 лет с аффективными и когнитивными расстройствами был назначен нобен в дозе 90 мг/сут в течение 1 месяца.

До начала терапии и после её окончания исследовали субъективные ощущения пациентов и переносимость лечения.

Результаты. 91,3 % пациентов отметили положительный эффект от проводимого лечения (улучшение общего самочувствия, эмоционального фона, уменьшение рассеянности внимания и т.д.)

Анализ динамики среднего балла по шкале HADS позволил выявить первые признаки уменьшения симптомов депрессии и тревоги к концу первой недели терапии. Через 2 недели улучшение достигло статистически достоверных результатов ($p < 0,05$) по сравнению с исходными показателями. После проведенной терапии показано достоверное увеличение средних показателей по шкале качества жизни SF-36 ($51,2 \pm 2,6$ до лечения; $68,5 \pm 2,7$ после лечения; $p \leq 0,05$).

Через 3 недели терапии нобеном отмечено достоверное уменьшение среднего количества ошибок при выполнении пробы Бурдона ($p < 0,001$), увеличение количества воспроизведенных слов при пробе на запоминание и воспроизведение 10 слов ($p < 0,001$), уменьшение времени поиска цифр по таблицам Шульте ($p < 0,001$). Одновременно с этим на фоне лечения нобеном уменьшились проявления тревоги и депрессии (на $1,8 \pm 0,33$ балла).

Выводы. Соматогенные тревожные и/или депрессивные расстройства являются распространенными состояниями при хронической церебральной ишемии, влияющими на течение основного заболевания. При терапии идиобеноном лиц пожилого и старческого возраста с хронической церебральной ишемией помимо улучшения состояния когнитивных функций отмечено уменьшение выраженности аффективных расстройств.

Карташова О.Н. Неврологические нарушения при ВИЧ–инфекции/СПИДе у пациентов с психической патологией

Иркутский областной психоневрологический диспансер, Иркутск

Актуальность. Спектр неврологических нарушений при ВИЧ–инфекции/СПИДе чрезвычайно широк и представлен практически теми клиническими формами органической патологии нервной системы. Это создает большие диагностические затруднения для практических врачей, которые еще очень редко среди причин выявленной патологии рассматривают ВИЧ–инфекцию. Поэтому своевременная диагностика и лечение ВИЧ–инфицированных способствует профилактике неврологических нарушений при ВИЧ–инфекции/СПИДе и является актуальной задачей (Н.А.Яковлев, Н.М.Жулев, Т.А.Слюсарь, 2005).

Целью клинико–неврологического исследования явилось изучение частоты и структуры неврологических расстройств у ВИЧ–инфицированных, находящихся на стационарном лечении в Иркутской областной клинической психиатрической больнице №1 за 2009–2012 гг.

Методы исследования. Диагностика и лечение ВИЧ–инфицированных осуществлялась под контролем инфекциониста в Центре СПИД. В диагностике неврологических и психических нарушений использовались анамнестический, клинический, экспериментально–психологический методы, параклинические методы функциональной диагностики (ЭЭГ, ЭХО–ВМ, электронейромиография, УЗДГ сосудов головы и шеи), методы нейровизуализации (МСКТ, МРТ головного и спинного мозга).

В отделениях принудительного лечения общего и специализированного типа лечились психически больные, совершившие уголовные преступления, которые часто переводились по причинам изменения психического состояния или дезадаптации из одного отделения в другое по решению судебно–медицинской комиссии и постановлению суда (34 ВИЧ–инфицированных). Фактически число ВИЧ–инфицированных в курируемых отделениях по больнице составило 134 чел. (2,2%) от всех больных. В

остальных отделениях пограничных состояний и острых психозов за 3 года пролечено 55 ВИЧ–инфицированных больных (0,9%). Наибольшая частота ВИЧ–инфицированных в отделениях принудительного лечения объяснялась особенностями контингента больных, принадлежностью их к группам высокого риска (беспорядочные половые связи, склонностью их к употреблению психоактивных веществ, героиновая наркомания и др.) и наличием психической патологии (шизофрения (38,2%), органическое расстройство личности (20,6%), умственная отсталость (14,0%), органическое поражение головного мозга с психоорганическим синдромом (20,6%)). Динамика частоты ВИЧ–инфицированных в ИОКПБ N1 по годам показала ее неуклонное увеличение от 2,9% в 2009г. до 7,1% в 2012 г., что можно объяснить низким оборотом койки и длительным пребыванием ВИЧ–инфицированных больных в отделениях принудительного лечения.

Результаты. Проведено клиничко–неврологическое обследование 34 ВИЧ–инфицированных больных, страдающих психическими расстройствами. Средний возраст обследованных ВИЧ–инфицированных составлял $34 \pm 6,3$ лет. Среди осмотренных неврологом 34 больных неврологически здоровыми оказались 9 человек (26,5%), в подавляющем большинстве случаев страдающие шизофренией. Последствия раннего органического (перинатального, дизонтогенетического) поражения ЦНС выявлены у 8 (23,5%) человек и часто сочетались с гидроцефалией и умственной отсталостью (14,7%). Органические поражения мозга сочетанного генеза (травматического, токсико– дисметаболического, сосудистого, нейроинфекционного) в сочетании с гидроцефалией, иногда с симптоматической эпилепсией и психоорганическим синдромом наблюдались у 13 (38,2%) чел.

Помимо сопутствующей неврологической патологии в анамнезе, у ВИЧ –инфицированных диагностировались текущие (первичные и вторичные) неврологические заболевания, связанные с ВИЧ – инфекцией. У 3 больных (8,8%) развивалась ВИЧ– энцефалопатия на стадии ВИЧ/СПИДа в результате первичного поражения ЦНС ВИЧ, которая в 90% случаев сопровождалась подкорково – лобной деменцией с когнитивными, двигательными и поведенческими расстройствами. Комплекс СПИД – деменция, подострый энцефалит констатирован у 1 из 3 чел. (2,9%). ВИЧ–полинейропатия, хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия диагностирована у 2 больных (5,8%). У 1 (2,9%) больного с прогрессирующей мышечной дистрофией, умеренным вялым тетрапарезом и дистальной формой полинейропатии неуточненной этиологии после обследования впервые выявлены ВИЧ/СПИД и оппортунистические инфек-

ции: герпес, цитомегаловирус. У 2 (5,9%) выявлен герпетический симпатоганглионеврит в результате вторичного поражения нервной системы на поздних стадиях ВИЧ\СПИД. Лечение и диагностика ВИЧ–инфицированных с неврологическими осложнениями осуществлялась неврологом и инфекционистом из Центра СПИД.

Выводы. Анализ структуры заболеваемости в данном исследовании показал высокую частоту сопутствующих неврологических заболеваний у ВИЧ–инфицированных, страдающих психическими расстройствами (73,5%). Констатация первичных и вторичных ВИЧ–поражений ЦНС (17,6%) указывает на стадию ВИЧ–инфекции/СПИДА и прогрессировала иммунодефицита. Результаты проведенного исследования подтвердили данные литературы о том, что нервная система вовлекается в патологический процесс у 50–90% больных ВИЧ/СПИДом, причем в 10–20% случаев неврологические расстройства бывают первыми проявлениями этого заболевания (Верещагин Н.В. и др., 1989; Гавура В.В., 1995; Штульман Д.Р., Левин О.С., 2002).

Корниенко В.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у лиц опасных профессий

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

В современных условиях напряженной социально–экономической ситуации, локальных войн, террористических актов, природных и техногенных катаклизмов, роста смертности и преступности, когда люди часто оказываются в условиях острых и/или хронических психически травмирующих событий, изучение посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) у лиц опасных профессий является актуальной проблемой, как в клиническом, так и в социальном аспектах.

В последние годы все более актуальной становится проблема лечения посттравматических стрессовых расстройств. ПТСР вызывают стрессогенная напряженность, длительное экстремальное воздействие. Важными характеристиками тяжелого психотравмирующего фактора являются неожиданность, стремительный темп развития, длительность воздействия и повторяемость в течение жизни.

ПТСР трудно поддается медикаментозной терапии. Существует множество гипотез патогенеза ПТСР, но наиболее важная роль все же отводится серотониновой системе. Вместе с тем применение антидепрессантов и транквилизаторов основано не столько на терапии ПТСР, сколько на лечении коморбидной симптоматики (депрессивных, тревожных расстройств

и т.д.). С целью оптимизации лечебных мероприятий с учетом тенденций развития психосоматической патологии у пациентов с ПТСР были использованы различные психотерапевтические методы лечения, в том числе рациональная и гипносуггестивная психотерапия.

Цель данного исследования – определить эффективность отдельных методов психотерапии в комплексном лечении психосоматических нарушений в структуре ПТСР.

Материал и методы. Обследовали 36 пациентов – участников современных вооруженных конфликтов, имеющих типичную симптоматику ПТСР.

Возраст обследованных больных колебался от 28 до 35 лет и в среднем составил $32,2 \pm 0,5$ года. Все обследованные больные были мужчины.

Все больные отрицали отягощенную в психическом отношении наследственность. В клинической картине преобладали тревожно–обсессивные (38,9%), тревожно–ипохондрические (30,5%), дисфорические (19,5%) и астено–депрессивные (11,1%) состояния. Вторично формировалась дефицитарная симптоматика в виде социальной отгороженности и отчужденности, эмоциональной притупленности, ощущения внутренней опустошенности и враждебности со стороны окружающих.

Больным проводилась рациональная психотерапия и гипносуггестивная терапия в группах, а также психофармакологическая терапия (золофт – 50 мг/сут., грандаксин – 100 мг/сут., мексидол – 0,75 мг/сут.) индивидуально в зависимости от психопатологических проявлений с учетом возможного риска развития побочных эффектов.

Для анализа клинических проявлений ПТСР до и после проведения курса лечения проводили психологическое тестирование пациентов. Оценивали динамику следующих психопатологических признаков ПТСР:

- 1) социальная отгороженность: уклонение от деятельности, а также социальных и межличностных контактов;
- 2) эмоциональная лабильность: раздражительность, вспышки внезапного гнева до агрессии, импульсивное поведение;
- 3) когнитивные расстройства, снижение концентрации внимания;
- 4) депрессивный фон настроения с осознанием безысходности, отчаянием, притупленностью чувств, замкнутостью и подозрительностью;
- 5) тревожность: постоянное беспокойство, озабоченность, иногда немотивированная боязнь преследования, чувство страха, неуверенность в себе, комплекс вины;

б) напряженность: немотивированная бдительность (человек пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему угрожает опасность) и "взрывные" поведенческие реакции (при малейшей неожиданности человек делает стремительные движения, например, резко оборачивается и принимает боевую позу);

7) астенические состояния в виде психической вялости и стремления к покою;

8) злоупотребление алкоголем при попытке снизить субъективные ощущения симптоматики ПТСР;

9) нарушение сна, вызванное высоким уровнем тревожности и ночными кошмарами, которые воспроизводят сцены травмирующего события (так называемые "флэшбеки");

10) головные боли как проявление маскированной депрессии.

При комплексном психологическом тестировании проводили тест Спилбергера для оценки уровня тревожности, использовали шкалу астенического состояния (ШАС) для оценки выраженности астенизации, шкалу сниженного настроения – субдепрессии (ШСНС) для изучения фона настроения, методику "Корректирующая проба" для измерения концентрации внимания, цветовой тест Люшера для определения эмоциональной лабильности.

Все диагностические критерии оценивали до и после комплексной терапии.

Положительным ответом считали уменьшение доли случаев клинических проявлений ПТСР и положительную динамику субъективного состояния, оцениваемую по тестовым шкалам.

Все исследования и курсы лечения проводили при условии получения письменного добровольного согласия испытуемых.

Результаты исследования. После комплексной терапии наблюдалась положительная динамика в клинической картине ПТСР – уменьшалась доля случаев выраженности их проявлений.

Нормализовались показатели психологического состояния по шкале ШСНС, а значит, повысился фон настроения (в 58,3% случаев), нормализовался показатель уровня астенизации по шкале ШАС (в 83,3% случаев). Тест Спилбергера выявил достоверное снижение среднего уровня как личностной, так и ситуативной тревожности (в 69,5% случаев). Данные, полученные при исследовании концентрации внимания с помощью методики "Корректирующая проба", показали достоверное повышение концентрации внимания до нормы в 80,6% случаев. При проведении цветового теста

Люшера количество пациентов с выявленной эмоциональной лабильностью снизилось после комплексного лечения в 47,2% случаев.

Головные боли у обследованных были обусловлены высоким уровнем невротизации (посткоммоционный синдром не учитывался). После комплексного лечения данный показатель исчез в 36,1% случаев.

Оценка качества жизни пациентов к моменту окончания курса лечения выявила высокий уровень восстановления нарушенных функций. После курса лечения улучшились качественные показатели ПТСР (уменьшились головные боли, повысилось настроение, меньше стали беспокоить навязчивые мысли, улучшился сон), что способствовало повышению работоспособности и общительности наблюдаемых.

Программа психокоррекции улучшает качество жизни больных ПТСР, расширяет их круг общения и интересов, помогает осознать структуру своего внутреннего мира и, следовательно, изменить ее. Пациенты также начинают более четко осознавать свои цели, что позволяет им научиться управлять своим поведением. В целом, программа психокоррекции повышает уровень саморефлексии, улучшает коммуникативные способности, что приводит к позитивным изменениям эмоционального фона.

Таким образом, на основании полученных нами результатов можно прийти к **выводу**, что комплексное лечение с использованием рациональной и гипносуггестивной терапии является перспективным для амбулаторного ведения больных, страдающих психопатологическими проявлениями синдрома ПТСР.

Машанская А.В., Власенко А.В., Прохорова Ж.В., Долгих В.В., Рычкова Л.В. Эффективность физиотерапевтических и немедикаментозных методов в коррекции психосоматических расстройств у детей и подростков

Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск

В современной клинической медицине существует устойчивая тенденция противопоставления медикаментозной терапии и лечебных физических факторов, как менее эффективных. Между тем в России в последние десятилетия накоплен большой опыт по использованию различных природных и преформированных лечебных физических факторов у детей и подростков с психосоматическими и соматоформными расстройствами, при этом методология многих публикаций отвечает принципам доказательной медицины [Филатова Е.В. с соавт., 2009]. В комплексной меди-

цинской реабилитации таких пациентов в ряде случаев они являются основным методом. [Машанская А.В. с соавт., 2011].

Наиболее перспективным способом повышения эффективности физиолечения является оптимизация режимов и методов назначения физических факторов. Поэтому разработка новых методов лечения с полисистемной направленностью, улучшающих при хроническом стрессе измененные показатели работы многих систем организма, является актуальной и своевременной задачей.

Перспективным методом является воздействие на организм человека излучением электромагнитными волнами миллиметрового диапазона (1–10 мм), крайне высокой частоты (30 300 ГГц) низкой интенсивности (менее 10 мВт/см²) (Кожемякин А.М., 2003; Дробышев В.А., 2010).

В развитии клинических проявлений заболевания существенную роль играют различные факторы, способствующие развитию хронической гипоксии: экологические (высокая задымленность и загрязненность воздуха – как атмосферного, так и внутри помещений; воздействие пассивного курения), социально–бытовые (длительное пребывание в помещениях, невозможность частых выездов за город и т.д.). Одним из доступных для массового применения методов лечения является оксигенотерапия, назначаемая в виде кислородных коктейлей, которая широко внедряется в практику работы лечебных, лечебно–профилактических учреждений и оздоровительных центров.

Целью данного исследования являлась оценка терапевтической эффективности применения метода КВЧ–пунктуры и энтеральной кислородотерапии в лечении и реабилитации детей и подростков с психосоматическими и соматоформными расстройствами.

Пациентам проводили воздействие на акупунктурные точки (АТ) электромагнитным излучением КВЧ–диапазона. Процедуру КВЧ–пунктуры осуществляли с помощью аппарата «Стелла–2» в шумовом режиме генерации частотой 60,9–61,2 ГГц. Оптимизация воздействия не ограничивалась только выбором дозиметрических параметров воздействия. Как известно, наиболее чувствительными к КВЧ–излучению зонами кожи являются биологически активные точки (БАТ). Принципиально значение имеет выбор оптимальных зон воздействия. При составлении рецептуры БАТ следует учитывать терапевтическую направленность точек, в том числе и специфичность их действия.

Через 1 час после сеанса КВЧ–пунктуры дети и подростки принимали кислородный коктейль в объеме 300 мл. Кислородный коктейль готови-

ли с помощью кислородного концентратора 7F–3L «АРМЕД», генерирующего кислород в концентрации 95% из окружающего воздуха, на основе фруктовых соков (яблочного, гранатового, вишневого). В качестве пенообразователя использовали корень солодки. В результате повышенного насыщения тканей кислородом улучшается клеточный метаболизм, что способствует нормализации обменных и рефлекторных процессов, активации кровообращения, улучшению питания и восстановлению тканей. Учитывая широкий спектр действия, метод энтеральной оксигенотерапии может применяться при ряде заболеваний, не нанося вреда организму. Оказалось, что использование этого метода при проведении интенсивной восстановительной физиотерапии способствует нормализации периферической и внутриорганной гемодинамики, ряда обменных и рефлекторных процессов в достоверно более ранние сроки; положительно влияет на обмен и перекисное окисление липидов, приводит к значительному повышению активности жирорастворимых антиоксидантов плазмы крови. Отмечается улучшение кровоснабжения отдельных участков ткани органа или системы в целом, что легко подтверждается рядом методов функциональной диагностики. Эти свойства метода энтеральной оксигенотерапии (кислородного коктейля) были приняты авторами во внимание при лечении детей и подростков.

До и после лечения у больных оценивали клиническую симптоматику и определяли показатели функциональных методов исследования (ЭЭГ, КИГ, ЭКГ). Оценка состояния микроциркуляции проводилась с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока (ЛАКК–01). В ходе психодиагностического исследования нами применялась шкала Г. Айзенка, позволяющая определить уровень чувствительности к стрессовому воздействию.

Совместное использование КВЧ–пунктуры и энтеральной кислородотерапии в комплексном лечении детей и подростков с психосоматическими и соматоформными расстройствами привело к значительному уменьшению клинических проявлений заболевания, улучшению показателей микроциркуляции и стабилизации психо–эмоционального состояния.

При анализе динамики клинического состояния по жалобам отмечалось уменьшение симптомов астении на 42,9 %.

На фоне проводимой терапии выявлены статистически достоверные изменения показателей нейротизма в сторону эмоциональной устойчивости (от $18,7 \pm 2,1$ до $8,5 \pm 1,5$; $p < 0,05$), что отражает сохранение организованного поведения, ситуативной целенаправленности в обычных и стрессовых ситуа-

циях и свидетельствует о позитивных сдвигах в психо–эмоциональном состоянии.

Анализ параметров кардиоинтервалограммы (КИГ) свидетельствует о повышении тонуса парасимпатического отдела нервной системы на фоне тенденции к снижению тонуса симпатического отдела нервной системы, что свидетельствует об оптимизации вегетативного баланса и повышении антистрессовой устойчивости.

Анализ параметров микроциркуляции показал статистически достоверное увеличение следующих показателей

Таблица

Параметры микроциркуляции до и после лечения (ЛАКК–01)

Показатель	до лечения	после лечения	
М (величина среднего потока крови в интервалах времени регистрации)	3,93±1,1	5,03±0,6	p<0,05
σ (среднее колебание перфузии относительно М)	0,3±0,07	0,5±0,6	p<0,05
K _v *	8,9±3,4	11,3±4,1	p<0,05
Индекс эффективности микроциркуляции	1,7±0,4	1,9±0,4	p<0,05
Амплитуда низкочастотных колебаний (LF)	21,9±7,6	63,8±13	p<0,02
Прекапиллярное сопротивление (CF)	4,2±1,56	12,9±4,5	p<0,05

*K_v = σ/М · 100%

В динамике у 85 % пациентов с исходными нарушениями микроциркуляции по спастическому гемодинамическому типу после курсового лечения показатели микроциркуляции соответствовали нормоциркуляторному типу, что свидетельствует о сбалансированности и оптимизации состояния микрососудов.

Внедрение в практическую медицину данного комплекса дает возможность повысить эффективность лечения детей и подростков с психосоматическими и соматоформными расстройствами о чем свидетельствует уменьшение выраженности клинических проявлений заболевания, положительная динамика показателей функциональных методов исследования.

Использование предлагаемого комплекса у детей и подростков с психосоматическими и соматоформными расстройствами создает благоприятный фон, на котором реактивность, постепенная адаптация и резистентность организма приобретают ряд положительных особенностей и определяют результативность лечения в целом. Следует отметить, что в результате активации обменных процессов при приеме кислородного коктейля значительно улучшается усвоение препаратов, поэтому их действие усиливается и многократно возрастает.

Хорошая переносимость, высокая терапевтическая эффективность, отсутствие побочных эффектов, удобство эксплуатации, наличие недорогой отечественной аппаратуры позволяет рекомендовать предлагаемый комплекс лечения для использования в практическом здравоохранении.

Новиков А. В., Ясникова Е. Е. Вегетативный и психический статус больных соматоформными расстройствами с учетом индивидуального профиля функциональной асимметрии

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск.

Цель. Оценить вегетативный и психический статус больных соматоформными расстройствами с учетом индивидуального профиля функциональной асимметрии в период лечения.

Методы исследования. Обследовано 76 человек (средний возраст 48 лет) проходивших лечение в пограничных психических отделениях города Иркутска. Контрольную группу 69 человек составили здоровые (средний возраст 18 лет) – (студенты ИГМУ). Для оценки состояния вегетативной нервной системы учитывали основные физиологические показатели ЧСС, АД, ЧДД, рассчитывали вегетативный индекс Кердо. Уровень тревоги оценивали с помощью теста Спилбергера–Ханина. Уровень алекситимии с помощью торонтской шкалы. Для определения индивидуального профиля функциональной асимметрии использовались пробы, направленные на выявления моторных и сенсорных асимметрий. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета StatSoft Statistica v.6.0., с использованием t–критерия Стьюдента.

Результаты. При определении индивидуального профиля функциональной асимметрии в исследуемой группе выявлено 39 пациентов с доминированием левого полушария (правши), 35 равнополушарные (амбидекстры) и 2 с доминированием правого полушария (левши). В группу контроля вошли 24 правши, 28 амбидекстров и 17 левшей. При поступлении у пациентов правой рукой преобладает возбуждающее влияние в симпатиче-

ческом отделе нервной системы, вегетативный индекс $10,25 \pm 4,03$. На 10 сутки лечения показатель снижается до $3,85 \pm 4,25$, а на 30 сутки повышается до $6,66 \pm 2,75$ по сравнению с контролем ($2,91 \pm 2,70$). У амбидекстров при поступлении преобладают тонус в парасимпатическом отделе нервной системы, вегетативный индекс $-10,62 \pm 10,90$. На 10 сутки парасимпатический тонус, сменяется преобладанием симпатического отдела нервной системой ($2,37 \pm 3,96$), а на 30 сутки достоверно возрастает до $5,75 \pm 5,92$ по сравнению с контролем ($6,17 \pm 2,87$). Уровень ситуативной тревожности умеренный у пациентов правшей на протяжении всего лечения составила 44 балла, а личностная тревожность увеличилась с 46 до 54 балла. У пациентов амбидекстров при поступлении отмечалась высокий уровень ситуативной тревожности 49 баллов. По окончании лечения показатель ситуативной тревожности изменился до 42 балла, а показатель личностной тревожности на протяжении лечения имеет тенденции к снижению от 58 до 49 балла. Уровень алекситимии у пациентов правшей $75,19 \pm 3,33$ балла по сравнению с контролем $58,54 \pm 2,27$ балла, ($p < 0,05$). Уровень алекситимии у пациентов амбидекстров $67,09 \pm 2,77$ балла по сравнению с контролем $55,00 \pm 3,31$ балла ($p < 0,05$).

Заключение. Обобщение полученных данных позволяет говорить о более выраженной степени алекситимии у правшей по сравнению с контролем и амбидекстрами. Преобладание в группе с доминированием левого полушария (правши) тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы по сравнению с равнополушарными, объясняет повышение уровня тревожности в процессе наблюдения, что должно учитываться при назначении анксиолитической терапии.

Окладников В.И. Мировоззренческий аспект психосоматологии

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Головной мозг человека является местом объединения рационального и иррационального восприятия мира. Мировоззрение и мировосприятие человека должны находиться в гармоничном единстве. Это – залог душевного здоровья человека и его психосоматического благополучия.

Цель исследования. Выявить связь уровня развития мировоззрения и клинических проявления психосоматических нарушений.

Формирование мировоззрения человека проходит несколько стадий. Началом развития психики считаются *базисные перинатальные матрицы*, изученные С. Грофом.

После рождения в течение полугода формируется личное бессознательное и *архаично–сенсорное мировоззрение*. В это время человек на основе органов чувств осваивает физический мир.

До 2–х летнего возраста продолжается *формирование эмоционально–эгоцентрического мировоззрения*, развивается эмоциональная функция психофизиологического типа.

С 2–х до 7 лет развивается сознание, на основе развивающейся логики и речи формируются символы и концепты, завершается развитие *мифологического мировоззрения*, освоение мира происходит на основе сказок, мифов, структурируются архетипы, изученные К.Г. Юнгом. Миф, по мнению А.Ф. Лосева (2008), является необходимой категорией сознания, древнейшей формой освоения мира, это – «синтез личности, истории, чуда и слова».

До 14–летнего возраста продолжается развитие *рационалистически – партиципационного* социоцентрического мировоззрения, в это время человек осознает себя как члена группы, клана, команды, нации. Это – лишь промежуточная стадия формирования духовности, здесь индивидуум еще не способен понять идеологию других партий, конфессий. Например, американский пастор Т. Джонс в штате Флорида демонстративно сжег Коран, что привело к народному волнению и человеческим жертвам. На этой стадии развития застрел норвежский террорист А. Брейвик, расстрелявший 77 человек в знак протеста против «мультикультуризма».

А мультикультуризм или *глобальное мировоззрение* формируется к 15–16 годам при гармоническом развитии личности на основе зрелого Эго и развитого интеллекта. По мнению К. Уилбера этой стадии развития достигает только около 4% популяции. Невозможность достижения этой стадии связана как правило с дезадаптацией личности (деперсонализация) и известна в психологии как кризис идентичности (Э. Эриксон).

В лучшем варианте на основе психофизиологической гармонии формируются *интуитивно–иррациональные образы*, вступает в действие духовная доминанта и развивающееся мировоззрение достигает стадии целостной личности в глобальном мире. Единство ноо – и биосферы, тела и души называют стадией «кентавра». Это – *экзистенциальное мировоззрение*, изученное А. Камю, Ж.П. Сартром, оно предполагает личную ответственность за свой выбор и существование. Однако и здесь существует ло-

вушка: диалектика экзистенциального мировоззрения формирует экзистенциальный кризис: «нельзя найти смысл жизни в космосе, лишенном смысла». На основе потери иллюзий, нехватки смысла жизни, бесперспективности свободы личности и ее одиночества развиваются депрессия и метафизический ужас. Первым экзистенциалистом был Экклезиаст: «Во многой мудрости много печали; и кто умножает познания, умножает скорбь». Корни экзистенциального мировоззрения находят в философии С. Кьеркегора. Экзистенциальный кризис формирует аутодеструктивный синдром личности, психосоматическую диспозицию и склонность к суициду. Вспомним, например, как застрелился Треплев в комедии А.П. Чехова!

Выходом из этой кризисной ситуации является переход на следующую стадию развития духовности, формирование *экстрасенсорного мировоззрения*. Для этого необходим оптимальный баланс межполушарной активности головного мозга и действие «духовной доминанты». При этом достигается единство восприятия «Я в Мире» (левополушарная перцепция) и «Мир во Мне» (правополушарная перцепция), «Я – часть Природы» и «Природа – часть Меня», происходит объединение субъекта и объекта, постижение «Мировой Души». Еще раз вспомним чеховскую «Чайку»: «Общая мировая душа – это я»!

Следующая, восьмая стадия развития духовности связана с дальнейшим развитием интуиции и переходом на «тонкий уровень», она отражает *мистико-божественное* состояние души. Краткое содержание духовности на этом уровне отражено в формуле: «Бог – это Любовь». Союз с Богом отражает опыт внутреннего света в тонком мире. Ф.М. Достоевский однажды в состоянии экзальтации восклицал: «Есть Бог, есть!».

Девятый, *причинный* уровень духовности связан с полной интеграцией рациональных и иррациональных психических функций, с осознанием чистого, бессмертного «Я». При этом постигается творческий потенциал вселенной, осознается бесконечность пространства и вечность времени.

Трансперсональная психология выделяет также заключительный десятый, *«недуальный»* уровень духовности (К. Уилбер, 2006). Сознание и космос воспринимаются как единая сущность. Исчезает чувство «Я», исчезает также «звонящий колокол, остается только звон колокола». При этом Божественная сущность воспринимается повсюду, сущность всех состояний постигается как Великая Пустота. Этот уровень духовности достигается с помощью молитвы и медитации. Основным мотивом эволюции и смысла жизни трансперсональные психологи считают стремление человека к исходному космическому единству.

Методы исследования включали клинико–неврологическое исследование 1200 пациентов с органическими и психосоматическими нарушениями, а также определение психофизиологического типа пациента и его адаптационного состояния.

Искажение гармоничной природы человека и задержка развития мировоззрения возможно на каждом жизненном этапе, оно начинается с антенатальной и перинатальной патологии, оно сочетается с энцефалопатиями, приобретенными в течение жизни. При органическом поражении головного мозга вначале страдает наиболее ранимая интровертная интуиция, затем мышление, эмоциональность; сенсорика и экстраверсия сохраняются дольше других функций. Этот дегенеративный процесс близок понятию греха, присущего роду человеческому. Грехи человека – это отклонения от личностно–типологической нормы. Это – хорошо известные обсессивные варианты – *obsession*, навязчивость, одержимость: (демпфирование, акцентуация). Нам представляется необходимым выделять также посессивные варианты – *posession*, полное овладение, бесноватость (это – амальгамирование, химеризация, декомпенсированная акцентуация, деперсонализация, мозаичный тип личности), именно в состоянии посессии совершаются суициды, нарушается психическое состояние человека в криминальной толпе. На этой дизгармоничной основе формируются все патологические, аморальные, криминальные и деструктивные поступки человека.

Кризис духовности Э. Дюркгейм называл аномией (*anomia* – отсутствие закона). Кризис духовности имеет две разновидности: кризис идентичности и экзистенциальный кризис. Первый – более свойственен молодому возрасту, второй – зрелому. Оба характеризуются дезадаптационным состоянием личности и формированием аутодеструктивного синдрома. Обусловленные аномией самоубийства учащаются во время социально–экономических кризисов.

Результаты. Душевно–личностная гармония, основанная на установлении информационно–энергетического асимметричного равновесия в рамках «золотого интервала», является необходимым условием для развития человека. При этом достигается *личностно–соматическая интеграция*, необходимая для лечения и профилактики личностно–соматической дисфункции; при этом становится успешной социализация индивидуума, когда дефектные личностно–типологические качества не нужно прятать за фасадом фальшивой сардонической улыбки; совершенствуется *душевное состояние* человека, что проявляется уменьшением тревожности; гармония личности создает основу для резонанса индивидуума с космическим информацион-

ным потоком, с ноосферой, при этом мобилизуется *духовная* составляющая человека. Гармоническое сочетание сознательного и бессознательного создает условия для формирования *сверхсознательного* в личности человека. Сверхсознательное – это инструмент подключения субъекта к высшим общечеловеческим ценностям, к ноосфере.

Научный подход к изучению духовности человека связан с учением А.А. Ухтомского о *духовной доминанте*. По представлению А.А. Ухтомского *духовная доминанта* определяет «духовную анатомию», вектор человеческого бытия, функциональное состояние организма на всех его уровнях. При этом слабые раздражители активируют наиболее покоемые нейроны (принцип Иксюля), очень сильные раздражители тормозят возбужденные нейроны (принцип Геринга–Брейера). Только между этими зонами срабатывает принцип доминанты – раздражение подкрепляет имеющуюся реакцию, обеспечивая персистенцию доминанты, «сверхбодрствование». По нашему представлению – эта зона соответствует «золотому интервалу» персонограммы. На этой физиологической основе возникают условия для трансформации эмоциональности в этику и любовь, интеллекта – в мудрость, обычная интуиция формирует единство личности с мирозданием, в частности, религиозную интуицию; на основе развитой волевой сенсорики развивается творческий потенциал. *Духовная доминанта* определяет психотип человека, состояние его нервно-вегетативной и соматической сфер.

Работа *духовной доминанты* на основе гармоничной психики приводит к формированию и развитию духовности. «Одухотворенность – это внутреннее возрастание», – писал Митрополит Антоний.

Поставить «*духовный диагноз*» человеку (Д.Е. Мелехов) так же важно, как и определить его психо-соматическое состояние. *Духовный диагноз*, по нашему мнению, должен отражать стадию развития мировоззрения, уровень одаренности и адаптационное состояние личности. Целенаправленный процесс адаптации и самоактуализации, субъективно воспринимаемый человеком как ощущение благополучия и счастья, возможен только с нормализацией типа личности и развитием духовности.

Заключение. Духовный мир человека включает развитую интуицию, мудрость, этику, волевою активность и, как интеграцию этих качеств, творчество. По современным представлениям нейропсихологические механизмы творческого процесса включают несколько этапов: ядра миндалевидного комплекса выделяют доминирующую мотивацию, которая запускает поиск недостающей информации; гиппокамп извлекает из памяти информацию

для формирования гипотез; правая лобная область их интуитивно оценивает; затем левое полушарие производит логический отбор лучшей гипотезы. Взаимодействие правого и левого полушарий обеспечивает «диалог фантазии и критики», лежащий в основе творческого процесса (П.В. Симонов, 1992). Физиологические механизмы творчества – это «сверхбодрствование» или доминанта А.А. Ухтомского и функциональная асимметрия полушарий. По нашим представлениям к этому необходимо добавить еще один – это *механизм асимметричной сбалансированности, гармоничности психических функций.*

Процесс творчества может быть направлен на создание новых идей и творений, но он также должен быть использован для совершенствования внутреннего мира самого человека. «Развитие индивидуальной личности и всех присущих ей свойств – вот, по моему мнению, телескоп наш против недугов века, клонящегося к закату» (Н.И. Пирогов).

Персонология может быть методом, позволяющим достичь психо–вегетативно–соматического благополучия (коррекция сенсорики и эмоциональной сферы), повысить социальную адаптацию (коррекция рационально–логических функций) и установить гармонию личности с мирозданием, с ноосферой, с Абсолютом (интуитивно–духовное постижение, инсайт). Выдающийся отечественный психиатр Д.Е. Мелехов (1997) писал: «для нас это – великий путь эволюции и космогенеза, который естественно завершается новым этапом Духовного Царства и расцвета личности...»

Творческий синтез знания и духовности является методом преобразования мира. Совершенствуя себя, мы изменяем мир внутри и вокруг нас! Профессор В.Ф. Войно–Ясенецкий (Святитель Лука) говорил: «Нам нужно живое знание и зрячая вера, и только их синтез и неразрывная связь откроют возможность творческой жизни, ибо жизнь творят мудрые, окрыленные верой».

Петрова М.М., Поликарпов Л.С., Ооржак Н.С. Особенности психологического статуса организованной мужской популяции, страдающей артериальной гипертонией, республики Тыва

Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно–Ясенецкого, Красноярск

Рост заболеваемости артериальной гипертонией, как известно, тесно связан не только с социально–экономическими условиями жизни, но и образом жизни людей, привычками, питанием, взаимоотношениями с

окружающими, немаловажная роль принадлежит наследственности. АГ развивается чаще и протекает тяжелее у той части населения, которая курит, не следует рациональным привычкам питания, имеет избыточную массу тела, дислиппротеидемию, ведет малоподвижный образ жизни, подвержена чрезмерному психоэмоциональному напряжению (Г.Ф. Ланг, 1922., Е.В.Ощепкова, С.А. Шальнова, 2007).

Благодаря разработанной стратегии популяционной профилактики, раннего выявления АГ и вторичной профилактики их осложнений, в США, Франции, Финляндии, Японии и др. странах достигнуты значимые результаты в снижении смертности от ССЗ (Е.Е. Гогин, 2005).

В Республике Тыва, по данным МИАЦ Министерства здравоохранения, заболеваемость взрослого населения АГ за последние 10 лет возросла на 14%, ишемической болезнью сердца (ИБС) на 16%, цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ) на 19%. За аналогичный период смертность населения от АГ и ее осложнений увеличилась на 18 %. При этом показатель смертности населения республики от ССЗ в 1,5 раза ниже, чем среднероссийские показатели и в 1,4 раза ниже показателя СФО. В структуре смертности по причине ССЗ ИБС составляет 52%, ЦВЗ – 35%. Сложившаяся неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в Республике Тыва связана с целым рядом факторов социально–экономического характера, низким уровнем информированности населения о сути АГ и ее осложнений, факторах риска (курение, гиперхолестеринемия, семейный анамнез ранних ССЗ, ожирение и др.)

Актуальность проблемы АГ в Республике Тыва требует более углубленного изучения ее распространенности в различных популяциях с целью разработки научно–обоснованных системных мероприятий по первичной и вторичной профилактике АГ.

Целью исследования явилось изучение распространенности артериальной гипертензии, факторов риска в организованной мужской популяции г. Кызыла Республики Тыва с учетом психосоциальных факторов для дальнейшей разработки системы мероприятий по ее профилактике.

В рамках данной работы обследовано 470 мужчин в возрасте 30–59 лет.

Средний возраст составил $39,6 \pm 8,8$ лет. АГ установлена у 232 человек (49,4%), что сравнительно превышает показатель Федерального мониторинга распространенности АГ среди мужчин по РФ, составляющий 38% (Р.Г. Оганов, 2011) и Регистра АГ – 36,6% (И.Е. Чазова, 2010). Из 232 человек с АГ 148 человек обследуемых имели повышенное артериальное

давление (АД) на момент скрининга (63,8 %) и 84 человека – «гипертоники» с достигнутым целевым уровнем АД (36,2%). Средний возраст мужчин с АГ составил $43,2 \pm 8,8$ лет. Распространенность АГ увеличивается с возрастом. Так, в возрастных группах 30–39 лет, 40–49 лет, 50–59 лет частота АГ составила 34,1%, 60,5%, 81,7% соответственно ($p < 0,001$). В общей популяции максимальная распространенность АГ встречается в возрастной группе 50–59 лет (81,7%). В возрастных группах 30–39 лет и 40–49 лет распространенность АГ достоверно ниже, чем в старшей возрастной группе 50–59 лет, и составляет 34,1% и 60,5 % соответственно ($p < 0,001$).

Для объективной оценки характера и степени выраженности психопатологических расстройств у обследуемых мужчин применен психодиагностический тест СМОЛ.

Изучение психологического статуса обследуемой популяции в зависимости от уровня АД (рис.1) показало, что у мужчин с АГ по сравнению с мужчинами с нормальными уровнями АД психологический профиль оказался выше по первой (ипохондрия), второй (депрессия) и шестой (ригидность) шкалам – соответственно 52,5 [46;59] или ($52,0 \pm 9,2$) Т–баллов, 43 [39;54] или ($45,7 \pm 10,3$) Т–баллов и 44 [41;56] или ($48,3 \pm 10,5$) Т–баллов (все $p < 0,05$). Лица с АГ характеризуются склонностью к ипохондрии (испытуемые медлительны, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах, обостренное самонаблюдение, переоценивают тяжесть своего состояния в целом или значение отдельных нарушений, близки к астено–невротическому типу), $p = 0,015$; к депрессии (подавленное настроение, склонность к тревоге, неуверенность в себе, сниженная самооценка, утрата прежних интересов, при малейших неудачах впадают в отчаяние, неудовлетворенность собой и своими возможностями), $p = 0,020$; к ригидности (тенденция к «застреванию» на аффективно заряженных переживаниях, отсутствие гибкости, упорство характера, что отражается и в устойчивости симптомов, снижена адаптация к условиям микросоциальной среды), $p = 0,022$. Выраженность показателей по шкалам ипохондрии, депрессии и ригидности (1,2,6 шкалы СМОЛ) у мужчин с АГ может отрицательно влиять на течение АГ, приводить к формированию стойкого повышения АД и низкой приверженности к лечению. У мужчин с АГ нами отмечено увеличение с возрастом показателей по шкале депрессии и по шкале тревоги теста СМОЛ. Средние значения шкалы депрессии теста СМОЛ в различных возрастных группах отмечены таким образом: 30–39 лет – 39 [35;50] Т–баллов, 40–49 лет – 44,5 [39;54] Т–баллов и 50–59 лет – 46 [39;57] Т–баллов, ($p = 0,004$), так же средние значе-

ния шкалы тревоги теста СМОЛ соответственно составляют 44 [38;50] Т–баллов, 49,5 [44;55,5] Т–баллов и 50 [44;56] Т–баллов ($p=0,013$).

Анализ индивидуальных профилей СМОЛ показал, что более, чем у половины мужчин с нормальными и повышенными уровнями АД отмечаются признаки социально–психологической дезадаптации (СПД) в 52,8% и 53,7% соответственно. При этом в обеих группах преобладают умеренные признаки СПД, указывающиеся на разную степень влияния психоэмоционального фактора на риск развития АГ у лиц с НАД (89,3%) и прогрессирование АГ у лиц с АГ (82,8%). Выраженные признаки СПД, превышение показателей > 70 Т–баллов, выявлены у мужчин обеих групп в 10,7% и 17,2 % случаев соответственно, и чаще встречаются у мужчин с АГ. Полученные данные определяют необходимость психологической коррекции для предупреждения риска развития АГ у мужчин с НАД и острых сосудистых катастроф у мужчин с АГ.

Проведенный нами анализ психологического статуса мужчин по шкале Спилбергера–Ханина показал, что признаки реактивной (РеТ) и личностной тревожности (ЛиТ) отмечены у всех обследуемых мужчин независимо от уровня АД. У мужчин с АГ наблюдаются более выраженные признаки реактивной тревожности (34 [29;42] Т–баллов против 33 [27;38] Т–баллов, $p=0,005$), проявляющейся эмоциональной лабильностью, напряженностью, нервозностью, беспокойством и личностной тревожности (39 [33;43] Т–баллов против 37 [32;42] Т–баллов, $p=0,023$), свидетельствующей о наличии таких проявлений, как неадекватное реагирование на широкий круг ситуаций состоянием тревоги различной интенсивности, не всегда соответствующей объективной опасности.

Анализ наших исследований показал, что у мужчин с АГ чаще встречается личностная тревожность высокой степени по сравнению с мужчинами с нормальными уровнями АД (20,8% против 13,2%), что отражает озабоченность, внутреннее эмоциональное напряжение, тревожную мнительность лиц с АГ в отношении прогноза заболевания.

У мужчин с нормальными и повышенными уровнями АД показатели среднего уровня реактивной тревожности практически сходны в 50,6% и 51,3% соответственно. У мужчин с АГ преобладает высокий (17,7%) уровень реактивной тревожности ($p=0,0002$), характеризующий наличие напряженности, беспокойства и озабоченности на момент обследования, в то время как у лиц с НАД этот показатель равен 7,2%.

Нами отмечены значимые различия личностной тревожности среди мужчин с АГ с возрастом: 30–39 лет (36 [32;43] Т–баллов), 40–49 лет (39

[31;43] Т-баллов), 50–59 лет (41 [36;45] Т-баллов), $p=0,034$. Лицам с повышенными показателями личностной тревожности свойственны постоянное предчувствие угрозы своему благополучию в самых различных ситуациях, предрасположенность к развитию различных психосоматических расстройств (НЦД, язвенная болезнь и т.д), подверженность невротическим срывам или конфликтам.

Проведенное нами исследование по опроснику Бека установило более значимую и достоверную распространенность депрессии в группе мужчин с АГ ($p=0,0003$) по сравнению с группой мужчин с нормальными уровнями АД: 7 [4;11] Т-баллов против 5 [3;8] Т-баллов. В большинстве случаев у них присутствуют признаки легкой депрессии (до 15 баллов). Для них характерны такие особенности психологического профиля, как апатия, низкая самооценка, невозможность обеспечить выполнение работы при высоких требованиях, недостаточное внимание к своему здоровью, высокая вероятность возникновения АГ или частые обострения АГ. В обеих группах нами выявлено увеличение с возрастом показателей депрессии. У лиц с АГ средние значения депрессии в возрастных группах отмечены следующим образом: 30–39 лет – 5 [3;9] Т-баллов, 40–49 лет – 9 [5;11] Т-баллов и 50–59 лет – 8 [6;11] Т-баллов, ($p = 0,002$). Нами установлено, что распространенность признаков умеренной депрессии (7,4%, $p=0,044$) и выраженной (4,8%) выше у мужчин, страдающих артериальной гипертензией. Депрессивные расстройства и артериальная гипертензия имеют тесную взаимосвязь, при этом депрессивные расстройства имеют динамику от легких до выраженных психических проявлений, которые соответственно влияют на развитие и течение АГ.

Таким образом, как показали наши исследования, лица с АГ с отсутствием депрессии и легкой формы депрессии более адаптированы к условиям окружающей социальной среды по сравнению с лицами с умеренной и выраженной депрессией (71,6% и 22,6% против 2,9% и 2,9% соответственно).

У мужчин с АГ наличие депрессии способствует развитию и прогрессированию таких патологических расстройств как ипохондрия, эмоциональная лабильность. Кроме того, данные расстройства у мужчин с АГ могут характеризоваться стойкостью симптоматики заболевания, в результате, низкой приверженностью к лечению. Для мужчин с АГ и перечисленными патологическими расстройствами в зависимости от степени выраженности могут быть свойственны астеноневротический тип личности,

также могут возникнуть проблемы при адаптации к условиям окружающей социальной среды и в коллективе.

Изучение влияния депрессии по шкале Бека на уровень реактивной тревожности по тесту Спилбергера–Ханина у мужчин с АГ показало, что депрессия усиливает проявления реактивной тревожности, такие как, ощущение неопределенной угрозы, разнообразные немотивированные опасения, пониженная самооценка, социальная среда рассматривается ими как основной источник напряженности и неуверенности к себе, в поведении могут наблюдаться признаки суетливости, непоследовательности или чрезмерной «зажатости». У мужчин с АГ нами отмечена аналогичная прямая взаимосвязь между депрессией по шкале Бека и уровнем личностной тревожности по тесту Спилбергера–Ханина. При сочетании депрессии и личностной тревожности усугубляются такие особенности психоастенических характеристик у лиц с АГ, как недостаточная уверенность в себе, впечатлительность, застенчивость, при этом повышенное внимание к собственным недостаткам и нерешительность могут затруднять широкое социальное взаимодействие и свободную самореализацию. Однако, умеренно выраженная тревожность способствует исполнительской деятельности, обуславливая такие черты индивидуального стиля как добросовестность, ответственность и педантичность при выполнении обязанностей.

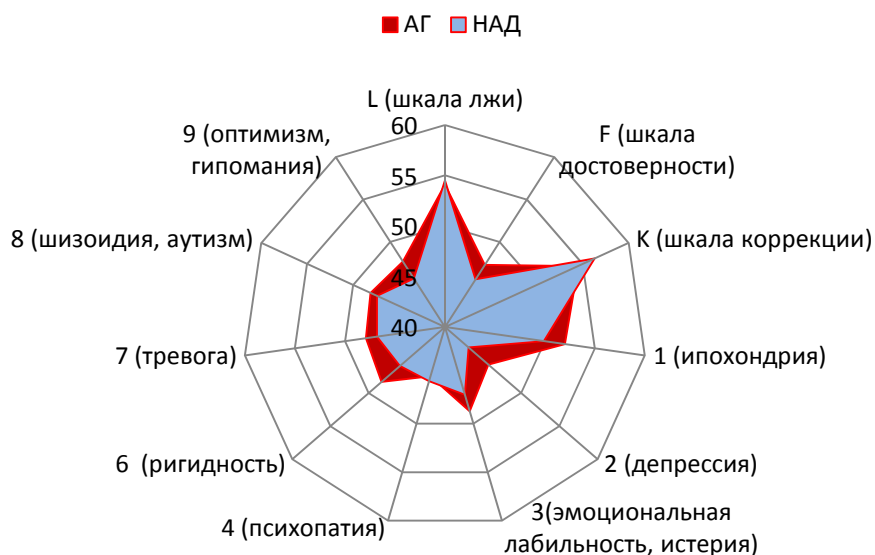


Рис. Показатели СМОЛ у мужчин 30–59 лет с НАД и АГ (Т–баллы)
 $K = 0,048$; шкала 1 = 0,015; шкала 2 = 0,020; шкала 6 = 0,02. Примечание: $p - U$ Манна–Уитни.

Петрова М.М., Штарик С.Ю., Ольховская Е.А.
***Коморбидность артериальной гипертензии и тревожно–
депрессивных расстройств в амбулаторно–поликлинических
условиях***

Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно–Ясенецкого, Красноярск

Артериальная гипертензия является одним из основных и наиболее распространенных факторов риска сердечно–сосудистых катастроф (инфаркта миокарда, инсульта), которые определяют высокую смертность среди населения. Высокая распространенность АГ (около 40% взрослого населения РФ имеет повышенное АД) и большое число тяжелых осложнений послужили основанием для разработки и реализации, как региональной программы «Профилактика артериальной гипертонии в Красноярском крае», начатой в 2001 г., так и целевой Федеральной программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии», в рамках которых проводилось наше исследование. Сравнительная характеристика показателей по АГ среди населения представлена на рис. 1.

По нашим данным, распространенность АГ среди взрослого населения г.Красноярска при медиане (Ме) возраста всех лиц, участвующих в мониторинговании АД, равной 44,3 лет, составила 42,1%, об АГ осведомлено 67,7% взрослого населения, 78,8% пациентов с АГ принимают гипотензивные препараты, эффективность лечения зарегистрирована лишь у 21,7%. Каждый третий мужчина с АГ (33,8%) и каждая шестая женщина с АГ (15,3%) гипотензивную терапию не принимают. Результаты нашего исследования практически не различаются с данными по РФ.

За 5 лет (2003 – 2007 гг.) общая и первичная заболеваемость АГ выросла в 3,5 раза. Это позволило, за счет профилактических мероприятий, достигнуть тенденции к снижению смертности от болезней системы кровообращения (БСК) после 2003 г. (с 742 на 100 тыс. населения в 2003 г. до 616 на 100 тыс. населения в 2007 г.). В Красноярском крае показатели смертности от БСК, повторяя общероссийские тенденции, отличаются более значительным снижением к 2007 г. по сравнению с показателями в РФ (с 928 до 834 на 100 тыс. населения). Отмечается и постепенный рост заболеваемости цереброваскулярной патологией в крае – с 36,4 в 2003 г. до 50,2 на 1000 взрослого населения в 2008 г. Общая заболеваемость АГ по обращаемости в Красноярском крае (117,3 на 1000 населения в 2008 г.) бо-

лее чем в 3 раза ниже истинной ее распространенности (42,1% или 421 на 1000 населения). В отличие от АГ, темп прироста показателей общей заболеваемости ИБС и ЦВЗ за 2 года (2007 – 2008 гг.) снизился (с 7,7 до 8,2 и с 6,6 до 6,6 на 1000 взрослого населения, соответственно). Все вышеперечисленное позволяет сделать вывод о жизненной необходимости проведения региональных и федеральных программ по профилактике АГ среди населения с целью снижения распространенности острых сердечно-сосудистых катастроф, обусловленных АГ (инфаркт миокарда, внезапная коронарная смерть и мозговой инсульт), и показателей смертности от БСК.

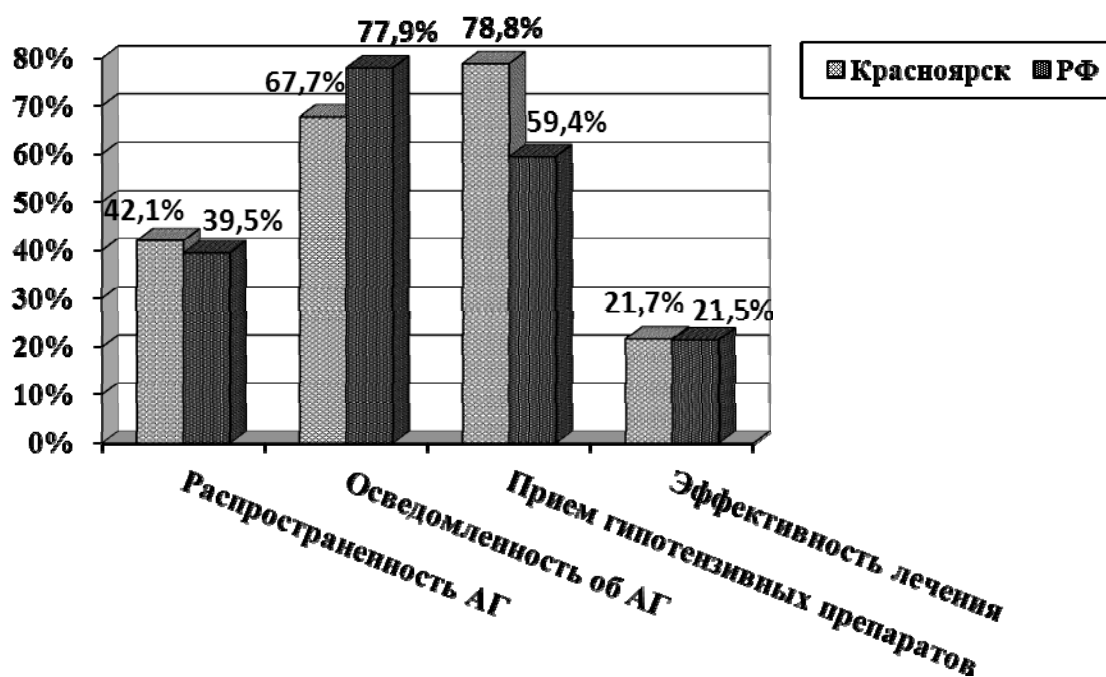


Рис. 1. Сравнительная характеристика показателей по АГ среди взрослого населения Красноярска и РФ.

Распределение пациентов с АГ согласно степени АГ было следующим: у 22,4% диагностирована 1 степень АГ, у 54,8% – 2 степень АГ, у 22,9% – 3 степень АГ. Среди пациентов с гипертонической болезнью I стадия заболевания диагностирована у 22,7% больных (из них 1–я степень – у 61,4%, 2–я – у 37,9% и 3–я – у 0,7%; риск 1 – у 38,3%, риск 2 – у 57,1% и риск 3 – у 3,8%), II стадия – у 53,1% больных (из них 1–я степень – у 9,7%, 2–я – у 75,7% и 3–я – у 14,6%; риск 2 – у 32,0%, риск 3 – у 44,3% и риск 4 – у 33,6%) и III стадия – у 24,2% больных (из них 1–я степень – у 5,0%, 2–я – у 30,5% и 3–я – у 64,5%; риск 2 – у 0,7%, риск 3 – у 20,6% и риск 4 – у 78,7%). С учетом стандартизованного по полу показателя были проведены сравнения между мужчинами и женщинами распределения степеней

АГ ($p=0,091$), стадий ГБ ($p=0,335$) и ассоциированных клинических состояний (АКС) ($p=0,304$), которые не показали значимых различий. Анализ распределения уровней риска показал, что у мужчин больше доля лиц с высоким риском (риск 3) (34,1%), а у женщин – со средним риском (риск 2) (33,0%) ($p=0,051$).

До 44 лет АГ чаще встречается у мужчин. Так, в возрастной группе 35–44 года распространенность АГ составила: у мужчин 37,0%, у женщин – 33,9%. Но начиная с возрастной группы 45–54 года, АГ чаще наблюдается у женщин по сравнению с мужчинами (57,8% vs 54,8% и в возрасте 55–64 года 78,1% vs 72,0%). Значимо чаще в возрастных группах 45–54 и 55–64 года среди мужчин ($p=0,001$) и женщин ($p=0,001$) имеет место систолическая (11,5%, 15,0% и 8,6%, 14,5%, соответственно) и систолодиастолическая (26,1%, 40,2% и 28,0%, 41,8%, соответственно) АГ. Диастолическая АГ во всех возрастных группах (19–24, 25–34, 35–44, 45–54 и 55–64 года) встречается одинаково часто, как среди мужчин (6,6%, 2,4%, 5,9%, 5,7% и 5,6%, соответственно), так и среди женщин (2,9%, 5,2%, 5,0%, 5,0% и 5,9%, соответственно).

Сравнивая распространенность факторов риска (ФР) среди мужчин и женщин, мы отметили, что величина АД (степень АГ), масса тела и физическая активность были сопоставимы. Расстройства депрессивного спектра (РДС) различной степени тяжести также одинаково часто встречались среди мужчин и женщин. Значимо чаще у мужчин по сравнению с женщинами имеют место такие вредные привычки, как курение (62,9% vs 15,2%) и прием/злоупотребление алкоголем (73,4% vs 45,5% и 8,5% vs 2,2%, соответственно). В 2004 г. у женщин чаще отмечались уровни тревожности выше «нормы» по тесту Спилбергера–Ханина по сравнению с мужчинами (РсТ – 34,3% vs 22,5%, ЛиТ – 37,6% vs 17,7%), но в 2006 г. различий по распределению уровней тревожности среди мужчин и женщин мы не выявили.

Отмечается существенная взаимосвязь между повышенным уровнем ОХС, избыточной МТ (в т.ч. ожирением) и ИБС, как среди мужчин, так и среди женщин. Избыточная МТ и ожирение 1, 2 и 3 степени среди пациентов с ИБС и ОХС > 5 ммоль/л по сравнению с пациентами с ИБС и ОХС ≤ 5 ммоль/л наблюдались у 22,8% vs 15,2%, 51,4% vs 23,1%, 41,7% vs 25,0% и 4,5% vs 0,0% лиц, соответственно.

Взаимосвязь сахарного диабета и повышенного уровня ОХС и избыточной МТ, в т.ч. ожирением, носит более сложный характер. Наше исследование приводит к мысли, что у пациентов с СД 2 типа и ожирением бо-

лее информативным тестом для диагностики липидных нарушений является липидный спектр, а не только уровень ОХС.

Среди лиц, включенных в исследование, у каждого пятого (22,4%) физическая активность (ФА) была меньше 60 мин в день (у 22,2% мужчин и 22,4% женщин, $p > 0,05$), среди них физически неактивных было 2,8% мужчин и 2,5% женщин. Это согласуется с данными литературы о том, что для «урбанизированного человечества характерна хроническая гипокинезия, которая является ведущей причиной, с годами нарушающей адаптационные резервы системы кровообращения».

Анализируя физическую активность с учетом ИМТ и пола, мы установили четкую обратную зависимость: чем больше ИМТ, тем меньше доля лиц с ФА ≥ 7 ч/нед, как среди мужчин ($p = 0,001$), так и среди женщин ($p = 0,001$). Так при ожирении 3-й степени доля лиц с ФА < 7 ч/нед среди мужчин составила 56,7%, среди женщин – 47,3%.

Интересны данные в отношении приема алкоголя и АГ. В нашем исследовании показано, что меньше женщин при наличии АГ употребляют алкоголь (36,9% vs 53,1%, $p = 0,001$). Поведение же мужчин в отношении приема алкоголя не изменяется при появлении АГ (72,1% vs 76,9%, соответственно, $p = 0,080$). Это говорит о том, что женщины более внимательны к своему здоровью и стараются уменьшить негативное влияние алкоголя при наличии у них АГ.

Заслуживает внимание группа пациентов с АГ, которые не принимают гипотензивную терапию. В этой группе больные с АГ по объёму употребляемого алкоголя (Me=31,3 г этанола/нед) не отличаются от здоровых (Me=30,2 г этанола/нед, $p = 0,791$). Среди этой группы доля лиц, употребляющих алкоголь, (65,3%) больше по сравнению с пациентами с АГ, как с эффективной, так и с неэффективной терапией (43,7% и 43,7%, соответственно), и даже больше по сравнению со здоровыми (61,7%, $p = 0,001$). По-видимому, это связано с особенностями психологического профиля пациентов данной группы, отрицанием наличия заболевания (анозогнозия).

Установлено, что каждый третий мужчина (сочетание с реактивной тревожностью (РеТ) – 39,6%, с личностной тревожностью (ЛиТ) – 37,1%) и каждая вторая (сочетание с РеТ – 49,5%, с ЛиТ – 49,4%) женщина в возрасте 19–64 лет в г.Красноярска имеют тревожно-депрессивные расстройства (ТДР). Значимо чаще ТДР встречаются у пациентов с АГ (при сочетании с РеТ в 57,7%, с ЛиТ – в 60,0%) по сравнению с лицами без АГ (38,7%, 35,9% соответственно, $p = 0,001$ в обоих случаях). По данным литературы, коморбидность депрессии и тревожных расстройств встречается у 40–96%

пациентов. Но сведений о распространенности среди взрослого населения сочетанной патологии (тревожных и депрессивных расстройств) мы не встретили.

Среди взрослого населения в г. Красноярске отмечается увеличение РДС (34,6% до 45,9%) и ДС (с 11,4% до 17,1%), а также их тяжести (с 8,2 до 10,2 баллов, $p=0,003$). Снижение распространенности тревожных расстройств (РеТ – с 30,2% до 23,6% и ЛиТ – с 30,6% до 22,9%) и их тяжести (по РеТ – с 44,7 до 41,7 баллов, $p=0,001$; по ЛиТ – с 46,5 до 43,3 баллов, $p=0,001$) свидетельствует об уменьшении боязни неопределенных событий в жизни человека, но взгляд на будущее – пессимистичный, учитывая рост и тяжесть РДС.

Однако в силу существующих предрасположений и опасений стигматизации население предпочитает не обращаться по поводу ТДР в специализированные учреждения психиатрического профиля. Поэтому необходимо после скрининга на ТДР создать возможность для врача общей практики работать в тесном взаимодействии с психиатром. Оптимальным решением будет наличие в поликлинике психотерапевтического кабинета соответствующего специалиста – психотерапевта. Апробированная нами модель оказания специализированной помощи (консультация психиатра) на базе участковой поликлиники (МУЗ городская поликлиника № 14 ГУЗ администрации г. Красноярска), на наш взгляд, является наиболее эффективной. Так как именно только в этой поликлинике пациенты с ДС получили консультацию специалиста. Но до решения данного вопроса повсеместно на уровне первичной медицинской сети необходимо руководствоваться методическими рекомендациями Московского НИИ психиатрии МЗ РФ (2001), которые определили участкового терапевта как центральную фигуру в диагностическом и лечебном процессе при умеренно выраженных, неосложненных депрессиях с правом назначения ограниченного перечня антидепрессантов. Учитывая масштабы распространенности ТДР (у каждого третьего мужчины и каждой второй женщины среди взрослого населения крупного промышленного центра Восточной Сибири) и прогностическую значимость их в отношении осложнений ССЗ, считаем, что ставка психиатра/психотерапевта должна быть предусмотрена штатным расписанием в каждой участковой поликлинике.

Высокая частота ТДР при ГБ и возникновение порочного круга между ТДР и АГ в клинике этого заболевания выдвигает в сферу высокой актуальности коррекцию ТДР у больных с ГБ.

Поляков В.М., Колесников С.И., Погодина А.В., Долгих В.В., Рычкова Л.В., Бугун О.В., Прохорова Ж.В. Нарушение циркадианных ритмов артериального давления и когнитивной деятельности у детей и подростков с ЭАГ

Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск

Изучался околосуточный или циркадианный ритм, являющийся одним из важнейших ритмов для жизнедеятельности организма. Он вносит существенный вклад в организацию психофизиологических функций, в том числе когнитивных процессов (В.М.Покровский, Г.Ф.Коротько, 1997; Munk T.H., 1997; Арушанян, Э.Б., 2005 и др.). Существует представление о том, что эссенциальная артериальная гипертензия (ЭАГ), как заболевание, непосредственно связана с дезадаптацией циркадианной ритмики человека, а состояние десинхроноза при этом рассматривается как инициирующее звено патогенеза (Бурдин В.Н. с соавт., 2008). В литературе обсуждается связь между нарушением циркадного ритма артериального давления и риском развития когнитивных расстройств у больных с ЭАГ (Н.Ю. Ефимова с соавт., 2010; Мун О.Р., 2011 и др.). Однако в этих работах, с одной стороны, рассматривается преимущественно контингент взрослых больных, а с другой – отсутствуют данные об особенностях циркадной организации собственно когнитивных процессов при артериальной гипертензии.

Исходя из этого, была поставлена **задача исследования**: изучить особенности циркадианных ритмов артериального давления и когнитивной деятельности у детей и подростков с ЭАГ.

Методы исследования. Было обследовано 60 детей и подростков с ЭАГ в возрасте от 10 до 18 лет ($14,6 \pm 2,1$), 36 мальчиков, 24 девочки и длительностью заболевания от 0 до 5 лет. У 34.1% обследованных пациентов при проведении СМАД была верифицирована лабильная и у 41.5% – стабильная артериальная гипертензия. У 24.4% индексы гипертензивной нагрузки по СМАД не превышали нормальных значений, при наличии клинических симптомов вегетативной дисфункции и документированного повышения уровня АД при амбулаторном контроле.

Всем детям в комплекс обследования было включено суточное мониторирование АД, которое осуществлялось в течение 24 часов с помощью портативного аппарата для суточного мониторинга АД Oscar 2 для системы Medilog Prima, в котором используется осциллометрический метод измерения АД. Интервал между измерениями составлял днем 15 мин., во время ночного сна 30 мин. Пациенты, согласно инструкции, вели дневни-

ки, отражающие дневную активность и субъективные ощущения во время исследования. При анализе данных оценивались следующие параметры: средние значения артериального давления во время бодрствования и во время ночного сна, индексы времени гипертензии, показатели вариабельности АД и ЧСС во время бодрствования и во время ночного сна, суточный индекс, стандартное отклонение, коэффициент вариации. В процессе суточного мониторинга АД проводилось многократное нейропсихологическое тестирование по А.Р.Лурия. Состояние когнитивных функций в суточном цикле оценивалось трижды – утром, с началом суточного мониторинга АД, во второй половине дня (18–19 час.) и следующим утром, после ночного сна (9–11 час.). Изучалась циркадная динамика произвольного внимания, речи, вербальной и зрительной памяти. Использовались корректурная проба Бурдона, вариант ассоциативного эксперимента – цепные ассоциации в течение 3 минут, запоминание 5 слов в порядке их предъявления, запоминание двух групп по три слова и запоминание 5 геометрических, трудно вербализуемых, фигур.

Результаты и обсуждение. Проведенные нами исследования установили, что при изучении среднедневных величин САД и ДАД показатели АД у пациентов с гипертонией «белого халата» (ГБХ), лабильной (ЛАГ) и со стабильной (САГ) артериальной гипертензией по сравнению с группой контроля были значительно выше. При этом, исследуемые значения у пациентов со стабильной АГ по сравнению с детьми с ГБХ и ЛАГ также оказались достоверно выше. При сравнении средненочных величин САД и ДАД у детей и подростков среди всех испытуемых групп статистически значимые цифры были получены только у больных с САГ по сравнению с группой контроля. Кроме того, средненочные показатели САД и ДАД у пациентов со стабильной артериальной гипертензией также достоверно выше были и по отношению к данным детей и подростков с ГБХ и ЛАГ.

Анализ циркадной организации суточного профиля АД показал преобладание нормального циркадного биоритма («dipper»), т.е. ночное снижение АД на 10—22% от среднедневной величины у детей и подростков во всех исследуемых группах. В группе контроля он составил 78.3%, а у пациентов с ЭАГ – 50% от всех обследованных.

Вариант, характеризующийся ригидным ритмом уровня АД («non – dippers»), в группе контроля составил 21,7%. Относительно реже он встречался у больных с артериальной гипертензией – в 10% от всех наблюдений. Необходимо отметить, что недостаточное снижение ночного уровня АД у больных с артериальной гипертонией значительно повышает

риск поражения органов – мишеней, в том числе – головного мозга. Представляется, что данный тип циркадной организации суточного уровня АД, с одной стороны, индуцирует повышенную прессорную нагрузку на органы–мишени, с другой – отражает дисрегуляторные изменения, которые также сопряжены с поражением последних.

Вариант с избыточным снижением уровня АД во время ночного сна («over – dippers») в ходе проведения исследования отмечался у детей и подростков с артериальной гипертензией в 40%. В контрольной группе он отсутствовал. Вероятно, повышенная степень ночного снижения АД была связана с измененной (высокой) активностью симпатической нервной системы на ранних этапах развития артериальной гипертензии. Чрезмерное снижение уровня АД в течение ночи может приводить к гипоперфузии миокарда, особенно у пациентов со сниженным, так называемым, коронарным запасом.

В заключение следует отметить, что наиболее грубое нарушение суточного биоритма АД — превышение средненочных значений АД над среднедневными значениями («night peakers») – в нашем исследовании не выявлялось.

Итак, у пациентов с ЭАГ выявлялась более высокая процентная представленность патологических паттернов организации суточного биоритма уровня АД по сравнению с контрольной группой. Полученные результаты могут быть интерпретированы с разных точек зрения, в том числе и с позиции функционирования вегетативной нервной системы. Так, у большинства пациентов с ЭАГ имела место ваготоническая направленность исходного вегетативного тонуса в сочетании с избыточной реактивностью симпатической нервной системы в дневное время, в то время как в период физиологического повышения вагусной активности (в ночное время) стимулы, вызывающие чрезмерную активацию симпатической нервной системы, отсутствовали.

Нарушение циркадного ритма АД у детей и подростков с ЭАГ сопровождалось изменением суточных профилей активности когнитивных процессов. Если недостаточная или повышенная степень ночного снижения АД определялась в половине выборки пациентов с ЭАГ, то и нарушение циркадного ритма когнитивных функций отмечалось на этом же уровне – у 55% больных детей. Нормальный циркадный биоритм АД («dipper») в контрольной группе примерно соответствовал цифрам нормального циркадного ритма когнитивных функций у этих же детей – 83.3%. Различие между нарушением нормального ритма когнитивных процессов у пациентов с

ЭАГ и контрольной группой достигало высокого уровня статистической значимости по критерию Фишера ($p < 0.001$).

Однако степень выраженности нарушения циркадного ритма у больных с артериальной гипертензией сильно варьировала в зависимости от характера когнитивной деятельности. Наиболее сохранным оказался циркадианный ритм зрительно–пространственных функций и, в частности, зрительной памяти на невербализуемые, пространственно ориентированные стимулы. Здесь нарушения суточного ритма составили 10% (в контроле – 8.3%). Далее, по восходящей, шли нарушения циркадного ритма произвольного внимания – 60% (25% в контрольной группе), слухоречевой памяти – 66.7% (18.3% в контроле) и речи – 83.3% (15% в контроле). Отсюда следует, что разные когнитивные функции избирательно включаются в десинхроноз и что больше всего подвержены патологическим изменениям психические процессы, в реализации которых большое значение отводится структурам левого полушария. В то же время суточный ритм зрительно–пространственных функций, опирающихся преимущественно на функционирование правого полушария, остаётся у больных с артериальной гипертензией практически полностью сохранным и не отличается от контрольной группы.

В процессе патогенеза ЭАГ (ГБХ – ЛАГ – САГ) уменьшалось число детей и подростков с нормальным циркадным ритмом АД, а с нарушением биоритма – увеличивалось. Аналогичная тенденция выявлялась и в отношении суточного ритма когнитивных функций: чаще нарушения суточного ритма когнитивных функций встречались у лиц со стабильной формой артериальной гипертензии.

Изменение циркадианных ритмов когнитивных функций у больных с артериальной гипертензией проявлялось либо в виде нарушения ритмических колебаний состояния когнитивной деятельности в течение суток, либо формировался патологический циркадианный ритм, выходящий за рамки нормативных значений. Основные изменения параметров тестовых измерений между основной и контрольной группой появлялись в вечернее время (во второй половине дня) и после ночного сна (второе утреннее исследование), то есть в процессе развертывания суточного биоритма. Интересно, что изменение циркадианного ритма когнитивных функций напрямую не зависело от характера суточного профиля уровня АД у больных с ЭАГ, и проявлялось при всех типах циркадианной организации уровня артериального давления.

Состояние циркадного ритма когнитивных функций зависело от того, в какой мере патогенез артериальной гипертензии затрагивал ту или иную функцию. Из ранее проведенных исследований следовало, что менее всего страдали при ЭАГ у детей и подростков зрительно–пространственные процессы, включая зрительную память. Изучение суточных ритмов этого вида памяти также показало практически полную сохранность её циркадных ритмов у пациентов с ЭАГ. В то же время, другая группа когнитивных функций, тесно связанных с речью, и наиболее всего пострадавшая в процессе развития ЭАГ, демонстрировала значительные нарушения и суточного ритма. Таким образом, выявляемые нарушения когнитивной деятельности у детей и подростков с ЭАГ тесно связаны с изменением их суточных биоритмов, то есть, десинхроноз является одним из патологических звеньев когнитивных нарушений при ЭАГ. Отсюда следует также, что повышение АД в циркадианном цикле может являться патогенетическим фактором только для отдельных когнитивных функций, а не для когнитивной деятельности в целом. Следовательно, и мозговые структуры, принимающие непосредственное участие в том или ином когнитивном процессе, будут неодинаково страдать при артериальной гипертензии. Ухудшение когнитивных процессов в циркадианном ритме отмечалось и в зависимости от длительности заболевания у детей и подростков с ЭАГ. Причем, и в этом случае в патологический процесс вовлекались те же психические функции и, следовательно, те же самые мозговые системы. Необходимо отметить, что ухудшение в развитии таких когнитивных функций («чувствительных» к АГ) в рамках циркадианного цикла начиналось практически с началом заболевания и продолжалось в последующие годы. Зависимость изменения когнитивных функций в суточном цикле от характера повышения артериального давления показало, что наиболее чувствительными к повышению АД оказались слухоречевая память, внимание (по параметру ошибок) и сенсомоторная асимметрия. Менее всего от характера повышения АД зависела зрительная память (как, вероятно, и другие процессы зрительно–пространственного кодирования и обработки информации). На основании полученных данных можно выделить дисфункцию преимущественно лобно–височных отделов левого полушария, которые оказались более всего подвержены влиянию такого патологического фактора, как повышенное артериальное давление. Нарушение этих структур, вероятно, также лежали в основе изменения циркадных ритмов когнитивных функций у детей и подростков с артериальной гипертензией.

Выводы. Таким образом, выделялись следующие аспекты взаимодействия в циркадном цикле состояния когнитивных функций и суточной организации уровня АД у детей и подростков с ЭАГ.

1. Нарушение циркадианной организации АД ассоциировалось с нарушением циркадианнных ритмов когнитивных процессов, но связь между типами нарушений суточного профиля уровня АД и когнитивных функций не обнаружена (т.е., определенный тип нарушения циркадного ритма уровня АД не имеет преимущественного влияния на нарушение ритмов КФ);
2. Изменение циркадной организации уровня АД больше было связано с нарушением суточных биоритмов группы когнитивных функций, включающих в себя речь, слухоречевую память, уровень концентрации внимания. В то же время, зрительно–пространственные функции, в том числе зрительная память, оказались устойчивыми к патологическому воздействию как высокого уровня АД, так и к нарушениям его циркадного ритма;
3. Особенности циркадной организации уровня АД и суточных ритмов когнитивной деятельности у детей и подростков с ЭАГ ассоциировалось с дисфункцией лобно–височных структур левого полушария, на компенсацию которых и были направлены перестройки в циркадианнных ритмах. Правополушарные структуры оставались при этом более устойчивыми к действию артериальной гипертензии и активно включались в компенсаторные процессы.

Прохорова Ж.В., Поляков В.М., Долгих В.В., Колесникова Л.И., Рычкова Л.В. Биологически обратная связь и коррекция психоэмоциональной сферы у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией

Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск.

Современная цивилизация, опираясь на научно–технический прогресс, повышая уровень жизни и благосостояния, создает предпосылки для нарастания психоэмоциональных перегрузок на человека, это возрастающий темп жизни, избыток электронной информации, дефицит времени, снижение физической активности, монотония и т.д. Все это вступает в конфликт с биологической природой человека, в результате чего расширяется база для возникновения разнообразных видов психосоматической па-

тологии (Куинджи А.А., 2000, Баранов А.А. и др., 2007, Чазов Е.И. и др., 2007).

Известно, что одним из патогенетических факторов, приводящих к психосоматическим расстройствам у подростков, является психоэмоциональное напряжение, которое рассматривается как разрешение своеобразной вегетативной реакции личности нерациональным путем (Баранов А.А., 2007). Помимо четко выраженных вегетативных нарушений, особенно со стороны функций внешнего дыхания и кардиогемодинамики, при психосоматических расстройствах выявлены изменения в психоэмоциональной сфере у подростков, которые обладают рядом особенностей. К ним относятся тревожность, агрессивность, эмоциональная лабильность. В свою очередь, данные изменения в психоэмоциональной сфере способствуют снижению устойчивости к стрессу и ухудшению возможности адаптации и, таким образом, служат закрепляющим звеном в формировании психосоматических расстройств. Это в полной мере относится и к эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) у подростков, широкая распространенность которой в данной возрастной группе ставит ее в ранг приоритетных проблем педиатрии и детской кардиологии (Барсуков А.В., 2001; Парцерняк С.А., 2002; Автандилов А.Г., 2003; Шалынова С.А., 2001). Необходимо учитывать, что от 40 до 65% «ювенильных» гипертензий имеют в дальнейшем прогрессирующее течение и при этом более 90% случаев приходится на долю ЭАГ. (Долгих В.В., Леонтьева И.В., 2006; Леонтьева И.В., 2005; Григорьев К.И., Соловьева А.Л., 2007).

Все вышесказанное делает проблему коррекции психоэмоциональных изменений у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией чрезвычайно актуальной, приобретающей социальное значение, и требующей неотложных мер по созданию научно обоснованного реабилитационно-оздоровительного метода, что и явилось основной мотивацией, определившей цель нашей работы.

Таким образом, **целью** исследования стала разработка программы лечебно-коррекционных мероприятий с применением БОС-терапии для подростков с ЭАГ.

Методы исследования. Объектом исследования явились 86 пациентов в возрасте 15–17 лет с подтвержденным диагнозом ЭАГ. Диагноз ЭАГ устанавливали в соответствии с классификацией артериальной гипертонии, рекомендованной экспертами ВОЗ и международного общества по гипертензии (2000). Обязательным условием для участия в коррекционных мероприятиях было наличие информированного согласия подростка

или его родителей на участие в проводимом исследовании. Контролем служила группа их 30 практически здоровых школьников, аналогичная по половозрастным характеристикам основной выборке пациентов.

Особенности эмоциональных реакций у детей и подростков изучались как с помощью клинического наблюдения, так и различных методик. К ним относились цветовые выборы М.Люшера, портретные выборы Л.Сонди, рисуночные тесты, уровень тревожности Спилбергера – Ханина, шкалы проявлений тревоги – J.Teulor, опросник агрессивности Басса–Дарки, шкала депрессии Бека (BDI), исследование самооценки по Дембо–Рубинштейн (Столяренко Л.Д., 2001; Никифорова Г.С., 2007; Рубинштейн С.Я., 2007).

Для психофизиологической коррекции использовался программно-аппаратный комплекс «БОСЛАБ», разработанный в Институте молекулярной биологии и биофизики СО РАМН, г. Новосибирск (Регистрационное удостоверение Минздрава РФ №29/03010300/0231–00 от 28.04.2000 г.).

Статистический анализ полученных материалов проводили с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.1 (StatSoft, USA), применялись критерии Стьюдента и Манна–Уитни, различия считались значимыми на уровне $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Изучение психоэмоциональных особенностей подростков с ЭАГ позволило выявить ряд особенностей в протекании эмоциональных процессов. Так у подростков с ЭАГ отмечалось усиление эмоциональной реактивности, проявляющееся в повышенной тревожности, выраженной эмоциональной лабильности, агрессивности и усилении депрессивных реакций. Следовательно, в эмоциональной сфере больных с ЭАГ преобладали реакции отрицательной направленности.

Анализ тревожности у подростков с ЭАГ выявил, что подавляющее большинство из них показывали высокий уровень тревожности по всем применяемым методикам (87%). Интересно, что разделение пациентов по половому признаку показало, что более высокий уровень тревожности отмечался у мальчиков–подростков (83,9%), тогда как у девочек с ЭАГ этот показатель был меньше (71,5%).

Таким образом, высокий уровень тревожности у подростков с ЭАГ может свидетельствовать о наличии у них стрессового состояния и готовности к формированию психосоматических расстройств.

По итогам исследования эмоциональной лабильности можно сделать вывод о большой выраженности этих реакций у пациентов с ЭАГ (до

75,9%) по сравнению с контрольной группой. Эмоционально лабильные подростки с ЭАГ чрезвычайно тяжело переносят действительные неприятности, обнаруживая склонность к острым аффективным реакциям. Особенности высокой эмоциональной лабильности подростков с ЭАГ являются фактором, снижающим возможности психофизиологической адаптации и обуславливающим их низкую устойчивость к стрессу.

Заметную роль в эмоциональном поведении подростков с ЭАГ играет агрессивность, которая представляет собой один из механизмов психологической защиты. Выраженность агрессивных реакций может зависеть от многих факторов, в том числе, от эмоционально-личностных характеристик: эмоциональной лабильности, депрессивных состояний, самооценки и некоторых других (Куликов Л.В., 2001, Репина Н.В. и др., 2003). Наше исследование подтвердило эти предположения. Более трети подростков с ЭАГ (38,5%) демонстрировали высокий уровень агрессивных реакций. Повышенная агрессивность была больше свойственна мальчикам с ЭАГ, достигая 66,8% от всех обследуемых.

Отмечалось также значительное повышение и распространённость депрессивных реакций у подростков с ЭАГ (18,9 %), которые чаще возникали у девочек. Выраженные депрессивные реакции в этом случае могут квалифицироваться как сигнал эмоционального неблагополучия подростка.

Особого внимания заслуживает результат изучения самооценки у исследуемых пациентов, которая в значительной степени зависит от эмоционального развития подростков. Адекватная самооценка была свойственна только трети подростков с ЭАГ. Для них более характерной оказалась заниженная самооценка (48,9%), в то время как завышенную самооценку показали только 21,2% из них. Разделение подростков по полу принципиальных различий в самооценке не выявило. Таким образом, подростки с низкой самооценкой были склонны к пассивности, внушению и чрезмерно чувствительны к критике, считая её подтверждением своей неполноценности. Низкая самооценка у подростков могла становиться, как было показано выше, и причиной повышенной агрессивности.

Таким образом, эмоциональная сфера у подростков с ЭАГ характеризовалась повышенной тревожностью в сочетании с эмоциональной лабильностью, склонностью к депрессивным и агрессивным реакциям, изменением уровня самооценки.

На основании вышесказанного можно было рекомендовать способ коррекции психоэмоциональных изменений и уровня артериального дав-

ления у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией, основанный на методе воздействия на пациента БОС–терапии (Джафарова О.А., Фрицлер И.В., Шубина О.С., 2002, Штарк М.Б., 2002). Метод БОС–терапии направлен на формирование эмоциональной устойчивости, позитивной системы ценностей, способности самоконтроля, стрессоустойчивости, развитие навыков преодоления в условиях проблемных жизненных ситуаций.

Предлагаемым способом коррекции были прореабилитированы все 86 пациентов с диагнозом ЭАГ. Практически у всех отмечался хороший лечебный эффект. Эффективность терапии оценивалась по совокупности клинических данных, психофизиологического исследования, уровню артериального давления, частоте сердечных сокращений, данных электромиограммы (ЭМГ).

БОС–терапию проводили следующим образом: пациент сидел в функциональном кресле с прикрепленными датчиками, регистрирующими физиологические параметры. Каждый сеанс состоял из температурно–миографического (Т–ЭМГ) и альфа–тренинга. Продолжительность сеанса Т–ЭМГ тренинга составляла 20 мин, альфа–тренинга – 20 мин. Больной следил за динамикой показателей на экране монитора, старался произвольно регулировать их, и изменять в заданном направлении. Об успешности усилий пациента сообщал сигнал биологической обратной связи на экране монитора. Курс лечения составил 20 лечебных сессий.

Данные показатели оценивались до проведения лечения методом БОС–терапии и сразу после лечения. Во время курсовой терапии улучшение общего самочувствия отмечали уже после 8–10 процедуры 72% пациентов ($p < 0,05$). По окончании БОС–терапии у подростков отмечалось значительное улучшение всех показателей: эмоциональная лабильность снижалась – на 9 баллов; снижался уровень депрессии – на 10 баллов; повышался уровень самооценки – на 19 баллов ($p < 0,05$). К 10–12 сеансу происходило уменьшение астенических проявлений. На фоне проводимого лечения пациенты отмечали улучшение сна. В процессе лечения благоприятная динамика становилась более выраженной и устойчивой.

По уровню артериального давления у подростков с ЭАГ наблюдались изменения после 8 сеанса БОС–терапии. Данное явление приобретало устойчивый характер и после всего курса проведенного лечения. Систолическое артериальное давление (САД) исходно до сеанса составило $134,6 \pm 0,7$ мм рт. ст., после – $126,8 \pm 1,21$ мм рт. ст., отмечающееся после

каждого сеанса снижение САД на 4–8 мм рт. ст. достигало уровня статистической значимости ($p < 0,05$). Аналогичные изменения наблюдались и при измерении диастолического артериального давления (ДАД). Так, если исходно ДАД до сеанса составило $75,8 \pm 0,70$ мм рт. ст., после $68,6 \pm 0,70$ мм рт. ст. ($p < 0,05$).

Критерием эффективности тренинга по электромиограмме было снижение во время процедур уровня ЭМГ на 3,5 мкв.. Пациентам удалось добиться цели тренинга: научиться, снижать уровень электромиограммы фронтальных мышц при температурно–миографическом тренинге и повышать амплитуду альфа–ритма головного мозга при электроэнцефалографическом БОС–тренинге (альфа–тренинг). Применение поведенческой терапии позволило улучшить настроение и повысить психический статус пациентов с гипертонией.

Больные с ЭАГ подростки, прошедшие курс лечения, отмечали снижение частоты головных болей, улучшение психологического состояния. Снижение степени психоэмоционального напряжения было объективизировано психологическими тестами.

На основании выше сказанного можно сделать следующие **выводы:**

- данный вид терапии помогает овладеть навыками контроля над произвольными физиологическими функциями, контролировать эмоциональное состояние;
- он способствует снижению уровня артериального давления, препятствует нарастанию десинхроноза центральной нервной и вегетативной систем;
- применение БОС–терапии помогает пациенту в разрешении меж – и внутриличностных проблем, формирует новые эффективные модели поведения.

***Рыбалко В.О., Ясникова Е.Е., Шадчнев Е.В., Кузнецова Ю.В.
Качество жизни в связи с психическими расстройствами у
больных с социально значимыми хроническими
инфекционными заболеваниями***

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск.

Цель исследования. Выявление психических расстройств и их влияния на качество жизни больных туберкулёзом легких и ВИЧ–инфекцией.

Методы исследования. Нами было обследовано 48 пациентов: 24 больных легочными формами туберкулёза, проходивших стационарное лечение в 1

и 2 лёгочных отделениях Иркутского областного противотуберкулёзного диспансера и 24 больных ВИЧ–инфекцией, проходивших стационарное лечение в 5 отделении Иркутской областной инфекционной больницы в 2011–2012 гг. по поводу впервые установленного диагноза. Проводилось тестирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), опроснику биполярности, торонтской алекситимической шкале, сокращённому многофакторному опроснику личности (СМОЛ), опроснику качества жизни в связи с психическим заболеванием ВОЗ (ВОЗКЖ–СМ). Производился расчёт средних показателей по шкалам, а также корреляционный анализ по Спирмену в программе Statistica 6.0.

Результаты. Среди больных туберкулёзом, по результатам HADS, 25% имели выраженную тревогу, и 25% – выраженную депрессию (10 и более баллов). По результатам опросника биполярности, 20% пациентов имеют признаки БАР. По результатам СМОЛ, 66,66% пациентов имеют данные за патологию личности депрессивного, истероидного и асоциального круга. 25% пациентов имели риск развития алекситимии, 42% – выраженную алекситимию. По результатам ВОЗКЖ–СМ, общее качество жизни было средним («высокое» лишь у 4% респондентов), но значения по шкалам «Положительные эмоции», «Отрицательные эмоции» и «Личные отношения» были значительно снижены. При этом тревога ($R=-46,2\%$), депрессия ($R=-58,8\%$), склонность к соматизации ($R=-60,3\%$), депрессивность ($R=-62,8\%$), истероидность ($R=-67,3\%$), психопатия ($R=-55,7\%$), паранояльность ($R=-45,9$), психастения ($R=-62,8$), шизоидность ($R=-67,1\%$), мания ($R=-58,9\%$) отрицательно коррелируют с качеством жизни.

Среди ВИЧ–инфицированных, по результатам HADS, 16,7% пациентов имели выраженную тревогу, в то время как выраженной депрессии у протестированных пациентов выявлено не было; 75% пациентов имеют признаки БАР. По результатам СМОЛ, 63% пациентов имеют данные за патологию личности истероидного (чаще), тревожно–депрессивного и асоциального круга. 54,2% пациентов имели риск развития алекситимии, 29,2% – выраженную алекситимию. У 41,6% пациентов отмечается высокое качество жизни по ВОЗКЖ–СМ. Склонность к соматизации ($R=-61,9\%$), депрессивность ($R=-73,7\%$), истероидность ($R=-71,5\%$), психопатия ($R=-60,5\%$), паранояльность ($R=-74,3$), психастения ($R=-61,0$), шизоидность ($R=-48,3\%$), отрицательно коррелируют с качеством жизни по ВОЗКЖ–СМ.

Заключение. Таким образом, выявлены тенденции, характерные для обеих групп больных: высокий уровень психопатизации, распространённость

алекситимии, связь высоких значений основных шкал СМОЛ с низкими значениями по шкалам качества жизни, связанного с психическим здоровьем. Между тем, среди ВИЧ–инфицированных, в сравнении с больными легочным туберкулёзом, значительно меньше распространённость депрессивных расстройств, и выше вероятность обнаружения БАР, выше качество жизни.

Семке В.Я., Белокрылова М.Ф. Предикторы психосоматического реагирования: особенности детско–родительских взаимоотношений

Научно–исследовательский институт психического здоровья СО РАМН, Томск

Переживание неудовлетворенности своим эмоциональным состоянием в связи с проблемами межперсональных взаимоотношений, столкновением интересов, невозможностью выполнить свои желания, является неизбежной составной частью психической жизни индивидуума. Важнейшая задача психической деятельности – обеспечение безопасности. Психологический дискомфорт стимулирует адаптивное поведение. Наличие эпизодов переживаний неблагополучия свидетельствует о сохранности эмоциональной психической сферы, а их отсутствие или слабая выраженность – о ее дефицитности (алюпии). Сигналом того, что способность человека к выживанию в его специфической среде нарушена, являются функциональные нарушения; к страданию предрасполагают и его поддерживают генетические, иммунные, психологические, социальные и другие факторы. Следует подчеркнуть актуальность изучения состояний, проявляющихся на уровне клинико–функциональных признаков, как превентивной меры, предупреждающей расширение контингента больных с более выраженными соматическими расстройствами. Среди факторов, влияющих на формирование психосоматических расстройств, имеют значение наследственное предрасположение к психосоматическим расстройствам, нейродинамические сдвиги (нарушения деятельности ЦНС), психическое и физическое состояние во время действия психотравмирующих событий; личностные особенности; особенности психотравмирующих событий. При диагностике психосоматических расстройств необходимо различать реакции пациента на болезнь (психологические; патологические, нозогенные); коморбидные, сочетанные, ассоциированные, взаимосвязанные заболевания; а также совпавшие по времени возникновения расстройства. Чаще всего имеют место описанные в литературе феномены, как психосоматические расщепление и

сенсбилизация, а также послестрессовая психосоматическая беззащитность.

До сих пор остается не ясно, при каких условиях «психогенно запущенные» (Frankl W., 1990) соматические расстройства («функциональные» нарушения) являются обратимыми, и в каких случаях происходит дальнейшее углубление симптоматики с нарушением органических структур. В частности, вопрос о возможности и закономерности перехода «функциональных» кардиоваскулярных нарушений, сопровождающих различные психопатологические расстройства, в органические заболевания сердечно-сосудистой системы, по-прежнему дискуссионный. Ряд авторов решают его однозначно, указывая на последовательность стадий в развитии эссенциальной артериальной гипертензии и коронарной патологии. Предрасполагающим к подобной динамике расстройств, наряду с известными факторами риска (возраст, пол, курение, уровень артериального давления, дислиппротеинемия), считают наличие семейного анамнеза по ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии.

Существуют ли обусловленные семейным анамнезом по сердечно-сосудистым заболеваниям клинические особенности функциональных расстройств, которые можно было бы учесть в профилактической работе с больными?

С целью изучения условий формирования психосоматических расстройств было обследовано 519 больных (151 мужчина, 368 женщин), предъявлявших в течение длительного времени стойкие и разнообразные жалобы на нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (так называемые «трудные больные»). Предшествующее лечение на амбулаторном этапе было неэффективным, у больных сохранялся длительный сердечно-болевой синдром, который нередко сопровождался головокружением, нарушением ритма сердца. Пациентам, имевшим синдром кардиалгии или вероятной стенокардии, для уточнения диагноза проводились в амбулаторных или стационарных условиях нагрузочные пробы по общепринятым критериям (велоэргометрия, дипиридамоловый тест, чреспищеводная стимуляция предсердий), в ряде случаев стресс – эхокардиография (по стандартному протоколу для каждого нагрузочного теста), исследование липидов, глюкозы в крови и реовазография. После тщательного обследования кардиологами был определен функциональный характер наблюдавшихся расстройств. Использовались клинический, биографический, экспериментально-психологические, катamnестический методы. Основные категории наблюдаемых расстройств были представлены «Невротически-

ми, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами» и «Аффективными расстройствами». Учитывались возраст начала психопатологических проявлений, предшествовавшие их появлению психострессоры, заболевания других органов и систем, возможные вредные воздействия, а также преморбидные личностные особенности пациентов. Оценивались частота отягощенного семейного анамнеза по психосоматическим заболеваниям (артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астмы и др.) и по психическим расстройствам.

В анализируемой когорте больных женщины были старше мужчин (соответственно $45,18 \pm 13,36$ лет и $41,91 \pm 13,04$ лет; $P < 0,0016$). Наибольшая обращаемость пациентов к психотерапевту наблюдалась у 30—59-летних (71,5%). Преобладали больные трудоспособного возраста, обнаруживавшие в связи со стойкими расстройствами сердечно-сосудистой системы значительные ограничения в социальном функционировании и существенное снижение качества жизни. Давность текущих психопатологических расстройств к моменту обследования, явившихся причиной обращения к психотерапевту, совпадала с давностью появления первых кардиальных симптомов как у мужчин (соответственно $13,07 \pm 32,72$ лет и $14,29 \pm 31,92$ лет), так и у женщин ($11,79 \pm 30,42$ лет и $11,94 \pm 26,73$ лет). Впервые выявленные функциональные расстройства наблюдались у 76,9% больных. «Функциональные» кардиоваскулярные расстройства с началом в 25—35-летнем возрасте обнаружили связь с семейным анамнезом по психосоматическим заболеваниям (у матери – в группе женщин, у обоих родителей – в группе мужчин). Были выявлены наиболее типичные соотношения психических и психосоматических заболеваний у родителей. У мужчин с функциональными кардиоваскулярными расстройствами с достоверной частотой выявлялись два вида отягощения семейного анамнеза. Они были представлены сочетанием зависимости от этанола у отца и сердечно-сосудистого заболевания у матери, а также отягощенным семейным анамнезом по артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца по линии отца при отсутствии у него психических расстройств. Женщины с отягощенным семейным анамнезом по психическим заболеваниям обнаруживали повышенную уязвимость к бытовым, социальным проблемам и отличались частыми обращениями к врачам по поводу своего здоровья. Для пациенток из «алкогольных семей» была характерна фиксация на конфликтах со значимыми людьми или на смерти близких.

Был проведен ретроспективный анализ детско–родительских отношений в семьях пациентов с психосоматическими расстройствами.

Расширение сотрудничества с западными психоаналитически ориентированными психотерапевтами в России позволило во время обучающих семинаров и индивидуального консультирования обнаружить одну из особенностей «российского пациента» – его «зависимость» от родителей, более часто встречающуюся, чем в группе «западных» пациентов. Психологической сепарации и достижению зрелой автономии посвящены многочисленные исследования. Их актуальность обусловлена также выявленным фактом повышенной уязвимости к стрессу у лиц с зависимыми отношениями. Ограниченный в своих действиях чужой властью, волей, влиянием, «зависимый» человек не может достичь полной автономии, целостности и индивидуализации. Он более уязвим к различного рода жизненным событиям, стрессам, поскольку используемые им механизмы остаются незрелыми. Крайней степенью проявления зависимости являются так называемые «симбиотические отношения», которые часто инициируются объектом первичной привязанности (матерью). Как регресс к «фазе нормального симбиоза», эти отношения представляют собой психологическое слияние, проявляющееся во взаимозависимости, тесном взаимодействии и взаимном самоотождествлении матери и ребенка.

Симбиотические отношения считаются нормой («здоровый, нормальный симбиоз») в ограниченный интервал времени. «Фазе нормального симбиоза», обеспечивающей выживание ребенку и первое знакомство с окружающим миром, отводится период в несколько первых недель жизни ребенка или весь первый год («социальная ситуация «Мы», по Л.С. Выготского, 1934; «социальная ситуация полной слитности», по Д.Б. Эльконину, 1989; или период с 3 до 6–7 месяцев, со второго полугодия до 15–18 месяцев – «анаклитическая фаза». По мнению G. Ammon (1995), «симбиотическая фаза» заканчивается к трем годам.

Дети, долгожданные, родившиеся слабыми, болезненными, требующие напряжения и усилий по уходу, равно как и перенесшие в раннем детстве тяжелые, длительные заболевания, могут неосознанно «инициировать» зависимые¹ (симбиотические) отношения с родителями со свойственной им гиперопекой.

¹ Начиная с работ З. Фрейда, обратившего внимание на пожизненную зависимость от объекта, и по настоящее время преобладает убеждение, что ребенок, «экспроприированный» матерью, освобождается от своей связанности и зависимости с большим трудом. И если таковое свер-

В проведенном исследовании в группу больных, воспитанных в условиях эмоционального симбиоза, были включены лица, имевшие близкие, доверительные отношения с матерями. Тревожность и чрезмерная опека последних сохранялась, несмотря на взросление их детей. Собственная потребность матери в эмоциональном контакте с ребенком и поощрение его зависимости, как правило, были обусловлены неотреагированной враждебностью или страхом одиночества (Adler A., 1914).

Группу пациентов, выросших в условиях эмоциональной депривации, составили лица, в раннем детстве которых отмечались частые, длительные разлуки с родителями, или эмоциональное отвержение матерью (когда «узы привязанности оказались разорванными» – по М. Кордуэлл, 1999). Мужчины, воспитанные в условиях материнской депривации чаще имели собственные семьи, по сравнению с больными, выросшими в атмосфере эмоционального симбиоза. Отмечена тенденция к более частому проживанию в родительских семьях пациентов с симбиотическими отношениями с матерью (не всегда это было связано с молодым возрастом пациентов).

У пациентов, выросших в условиях эмоционального симбиоза, достоверно в более молодом возрасте обнаруживались первые признаки функциональных кардиоваскулярных нарушений ($34,09 \pm 11,25$ лет) по сравнению с женщинами, воспитанными в условиях материнской депривации ($38,08 \pm 9,84$ лет). Следовательно, целесообразно изучение и в так называемых «благополучных» семьях факторов, влияющих на «сердечно-сосудистую реактивность». Мужчины из полных семей столкнулись с первыми кардиоваскулярными нарушениями в более молодом возрасте ($27,17 \pm 9,69$ лет) по сравнению с пациентами из неполных семей ($34,60 \pm 11,21$ лет). Это наблюдение отчасти противоречит категоричной оценке неполных семей как фактора риска в отношении социальной и психологической дезадаптации детей. Более раннее возникновение функциональных кардиоваскулярных расстройств наблюдалось у женщин, с раннего детства воспитанных в условиях «эмоционального симбиоза»; испытывавших по отношению к своим матерям чувство доверия и безопасности; фиксированных на чувстве обиды на отца; предпочитавших одиночество; не обнаруживавших гиперсоциальных установок. Более раннее начало функциональных кардиоваскулярных расстройств наблюдалось у мужчин,

шится, то расплатится своим чувством вины (Фромм Э., 1989; Куттер П., 1997; Fairbair W.R.D., 1952; Klein M., 1952).

воспитанных в полных семьях; холостых или разведенных (одиноких) на момент обследования. Факторы эмоциональной депривации и эмоционального симбиоза в группе мужчин не обнаружили взаимосвязи с возрастом начала кардиоваскулярных нарушений.

В результате проведенного анализа внутрисемейных отношений были выделены условия формирования симбиотических отношений:

1. Аналогичный стиль взаимодействия в прародительской семье и, как следствие, чрезмерная привязанность «родителя–симбионта» к своим родителям.
2. Личностные особенности родителей, такие как тревожность, депрессивность, незрелость; неуверенность в ценности собственного Я (низкая самооценка); страх одиночества; гиперсоциальность; мазохистические черты; нереализованная потребность в эмоциональной поддержке и любви, проявляемая через активный поиск «объекта» привязанности; эмоциональная сдержанность, недостаток эмпатии, низкая сенситивность к потребностям ребенка как неосознанная защитная реакция на имевший место в собственном раннем опыте недостаток родительского внимания, заботы и поддержки.
3. Приобретение раннего опыта межличностных отношений в условиях эмоционального симбиоза или эмоциональной депривации (как феноменов полярно–неадекватного родительства)
4. Смещение функций подсистемы прародителей в воспитательную функцию подсистемы родителей, нередко вынужденное включение ребенка в подсистему родителей с возложением на него непосильных требований и ожиданий (чаще в неполных семьях).
5. Доминирование женской подсистемы при слабой мужской подсистеме.
6. Отсутствие или отстранение от воспитания отца, приводящие к нарушению раннего триангулирования и процесса индивидуализации.
7. Конфликты между родителями в период детства. На протяжении первых трех лет жизни ребенка агрессивные отношения между родителями могут восприниматься как сигнал опасности, что в случае отказа от симбиотической связи с матерью он потеряет мать как любящий объект. В старших возрастных группах ребенок в условиях семейных скандалов вовлекается в двойной конфликт приближения–избегания, когда, приобретая поддержку матери, он теряет расположение отца, и наоборот.
8. «Закрытость семейной системы, замкнутость семьи на себе, «спаянность» членов семьи.

Несмотря на различия условий, с детства сопутствовавших развитию пациентов изучаемой группы, все они обнаруживали зависимость от своих матерей с разной степенью осознания и принятия этого, равно как и с разной степенью выраженности эмоционального, познавательного и поведенческого компонентов сложившихся взаимоотношений. Условно было выделено три типа зависимых отношений. Первый («аффилиативная потребность») – был связан с выраженной аффилиативной потребностью больного с первоначальной направленностью на мать. При этом были значимы эмоциональный и познавательный компоненты взаимодействия. Были характерны позитивные чувства к матери, доверительные отношения с нею, склонность к идеализации Значимого Другого. Второй тип был определен нами как «формальная привязанность»: открыто, порой чрезмерно, выражаемые положительные чувства к матери не совпадали с реальным эмоциональным отвержением её. При этом доминировал поведенческий компонент взаимодействия. «Когнитивные схемы» пациента и матери часто совпадали. В третий тип («агрессивная, обвиняющая зависимость») условно были объединены случаи, когда пациенты открыто высказывали в адрес матери агрессивные инвективы или игнорировали мать (что отражало скрытую агрессию к ней). Характерная скрытая эмоциональная составляющая этих отношений маскировалась либо полным отвержением матери, либо открытым выражением негативных чувств в ее адрес. «Когнитивные схемы» чаще противопоставлялись, и пациенты стремились во всем проявить нечто, прямо противоположное установкам матери. У женщин с выраженной «аффилиативной потребностью» чаще наблюдались кардиалгии в отличие от больных с «формальной привязанностью к матери». Условно выделенные типы зависимости от матери частично отражали закономерную взаимосвязь между факторами эмоциональной депривации или эмоционального симбиоза и их влиянием на формирование отношений к родителям по мере взросления ребенка. Особенности этих зависимых отношений обуславливали различия в динамике взаимоотношений психотерапевт – пациент и целесообразность применения дифференцированных психотерапевтических подходов.

Представленный анализ ретроспективной оценки больными с «функциональными» сердечно-сосудистыми расстройствами особенностей воспитания и взаимодействия в родительских семьях позволил изучить формирование зависимости от матери в условиях приобретения раннего опыта межличностных отношений при эмоциональном симбиозе или эмоциональной депривации. Выявляемое отношение к Значимым Другим

(прежде всего к матерям) включало патогенные убеждения, связанные с ними негативные эмоции и деструктивные установки пациентов, обнаруживавшие связь с отдельными клиническими проявлениями в состоянии больных и их динамикой. Полученные результаты позволяют оптимизировать существующие коррекционные программы в структуре комплексной терапии пациентов с психосоматическими расстройствами.

Собенников В.С. Соматизация при расстройствах невротического и аффективного спектра (клинико-патогенетические аспекты)

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Значительная представленность в клинической картине психического заболевания симптомов со стороны соматической сферы, не являющихся следствием соматического заболевания и, поэтому, оцениваемых как функциональные, получила в современной медицине обозначение – соматизация. Соматизированные психопатологические расстройства являются значимой и во многом не решенной проблемой, поскольку в настоящее время отсутствует структурированная система взглядов на природу соматизации, предполагающая дифференциацию её различных патогенетических форм, в том числе, в статике и динамике. Лишь такой подход позволит более четко определить диагностические и прогностические критерии, разработать прицельные терапевтические и реабилитационные подходы. Существующие в настоящее время представления, получившие отражение в классификационных системах МКБ–10 и DSM–VI, базируются, в основном, на классических взглядах З.Фрейда и W. Steckel (1921) о генетическом родстве механизмов истерической конверсии и соматизации. Вследствие этого, расстройства с явлениями соматизации интегрированы с нарушениями, в теоретическом плане имеющими психогенно-невротический генез, в рубрике МКБ–10 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Соматизированные симптомы оцениваются, как следствие некой тенденции имеющей место у пациента – быть больным и, в более широком контексте, как паттерн переживания несуществующей соматической дисфункции. Развитие такого состояния, предполагает наличие индивидуально-значимой тяжелой жизненной ситуации, определяющей выраженный эмоциональный дискомфорт, при недостаточности личностных ресурсов для её преодоления. Следовательно, формирования соматизированных психопатологических расстройств, представляется цепью событий, первичным звеном которой является осо-

бая личностная predisпозиция, предполагающая низкую стрессоустойчивость и склонность к невротическому реагированию. Важным дополнительным условием, определяющим тенденцию к своеобразной презентации патологических феноменов в виде псевдосоматических и вегетативных симптомов является сочетание конституционального фактора, с социальными, в том числе этнокультуральными влияниями. Такие представления вполне обоснованы в отношении соматизированных вариантов основных невротических расстройств. Между тем, многочисленные наблюдения и повседневная психиатрическая практика свидетельствуют, что соматизация присуща клинике не только невротических нарушений, но, даже в большей степени, аффективных, а также некоторых вариантов шизофрении. В связи с этим возникает закономерный вопрос – является ли отмеченный механизм, определяющий соматизацию клинической картины невротических расстройств универсальным, надпсихологическим, либо при различных психических расстройствах имеются характерные особенности. Данная проблема представляется важной, поскольку признание наличия универсального невротического механизма, определяющего соматизацию – предполагает, что в клиническом оформлении соматизированных вариантов эндогенных аффективных расстройств и шизофрении, в частности вялотекущей, участвуют реактивно–личностные механизмы, что следует учитывать при обосновании терапии. В рамках данного сообщения, однако, правомерно будет остановиться лишь на обсуждении механизмов формирования соматизированных вариантов невротических и аффективных расстройств, поскольку в настоящее время нет единства взглядов на природу и границы шизофрении.

Согласно данным психиатрической литературы, соматизации способствует сочетание факторов, их тесное взаимодействие, но при этом отдельным из них, придается приоритетное значение. Среди последних – конституционально–биологическое предрасположение (личностные особенности и физические дефекты, пол, возраст), средовые влияния с развитием ПТСР и патологическим развитием личности, ведущее значение невротических механизмов, в том числе «условной желательности» болезни, интерперсональных взаимодействий (социально–психологического и этнокультурального научения).

Значение личностной predisпозиции в формировании соматизации трудно переоценить. Многочисленные исследования показывают, что значимое влияние оказывает конституциональное предрасположение, например, в форме расстройств личности (Bass С., et al. 1995). Наибольшее зна-

чение в формировании аномальной личности имеют темперамент, врожденные физические дефекты, а также неблагоприятные средовые влияния, как физические, так и социально–психологические в период развития. Наибольшее значение имеют три личностных компоненты: 1) невротичность, или негативная аффективность; 2) экстраверсия или позитивная аффективность; 3) сдержанность, сознательность и покладистость (Карсон Р., с соавт., 2004).

Наклонность к соматизации связывается с наличием невротических черт или негативной аффективности. Становление особенностей характерных для включения механизмов соматизации, объясняется исходя из теории личности. Так, по Engel G.L. (1959) лица “склонные к боли”, в анамнезе обнаруживают жизненные поражения, события, определяющие значимое чувство вины. Они часто выявляют не разрешившиеся агрессивные импульсы и склонность к активации боли в ответ на реальные и воображаемые утраты. Подобные же представления развиваются в работах Pilowsky I. (1969), и Barsky A.J. (1979), которые выделяют личности «с абнормальным поведением больного», с «преувеличенной телесной чувствительностью». Согласно Cloninger C.R., с соавт. (1997) соматизация представляет собой вариант адаптивного процесса у пограничной личности с наличием противоречивых тенденций – высокого уровня поисковой активности «стремления к новому», сочетающегося со «стремлением избегать опасность». С данными концептуальными положениями сближается модель стресс–диатеза, предполагающая особую подверженность соматическому дистрессу некоторых личностей, в частности с наличием черт нейротизма и негативной аффективности (Pennebaker J.W., et al., 1991).

Ранняя компроментация мозга существенно повышает уязвимость индиидуума. В контексте значения физической дефицитарности следует оценивать данные о связи функциональных соматических симптомов с нарушением когнитивных функций, в виде дефицита внимания и снижения скорости речевой психомоторики. Предполагается, что такое снижение определяет тенденцию к использованию избегающего поведения, как выражения копинг–стратегии, направленной против трудностей вербализации (Hall N.M., et al., 2010).

Развитием данного направления с попыткой обоснования физиологического субстрата соматизации является концепция личностных расстройств, с врожденной или приобретенной соматосенсорной сверхчувствительностью (somatosensory amplification – SA) (Barsky A.J., et al., 1988; Aronson K.R., et al., 2001; Fabbri S., et al., 2001; Sayar K., et al., 2005). Выбор

в качестве «объекта» переживания стресса, собственного тела и соматических функций, объясняется конституциональной соматопсихической "хрупкостью", с доминированием в самосознании образа "телесного Я", (Дубницкая Э.Б., 1992). Такое состояние, в том числе, может быть связано с низким порогом реакций «ипохондрической» тревоги, определяемой «чрезмерным телесным дискомфортом» (Ruffin H.V., 1959), либо наличием «преувеличенного соматического стиля» (Barsky A., 1979). Лица с SA воспринимают соматические сенсации более интенсивно, с оттенком болезненности и опасности (Barsky A.J., et al., 1988). Выделяется три компонента SA: 1.телесная болевая сверхбдительность, которая влечет постоянное самонаблюдение и повышенное внимание к неприятным телесным ощущениям; 2.болевая тревога – тенденция фокусировать внимание на относительно слабых и редко проявляющихся ощущениях; 3.катастрофическая оценка боли – тенденция оценивать неоднозначные и неясные висцеральные и телесные сенсации, как ненормальные, свидетельствующие скорее о патологии, чем рассмотрение последних как вариант нормы (Duddu V., et al., 2006). Подобная когнитивная оценка определяет настороженность и тревогу относительно телесной перцепции и предположительно является промежуточным звеном между актом восприятия телесных ощущений с одной стороны и ипохондрическим фабулированием, а также поведением, с другой. На примере больных с серповидноклеточной анемией показана прямая пропорциональная зависимость уровня соматизации и особенностей переживания боли – количества, интенсивности и продолжительности болевых ощущений (Wellington C., et al., 2010). В рамках данной концепции разработаны и оценочные инструменты – шкала соматосенсорной сверхчувствительности (SomatoSensory Amplification Scale – SSAS) Установлено, что показатели шкалы SSAS превышающие 30 баллов отражают высокий уровень соматизации (Nakao M., et al., 2002; Gulec H., et al., 2007). В связи с этим рекомендуется использовать SSAS, как индикатор процесса соматизации в диагностике, а также психотерапии при психосоматических расстройствах, например при синдроме раздраженного кишечника (Jones M.P., et al., 2006), хронической боли (Raphael K.G., et al., 2000), соматоформных расстройствах (Bailer J., et al., 2007), тревожных нарушениях (Marcus D.K., et al., 2007) депрессии (Sayar K., et al., 2003), реакциях на стресс, в том числе реакциях горя (Nakao M., et al., 2005), а также соматических заболеваниях, например заболеваниях сердечно-сосудистой системы (Torosian T., et al., 1997).

При этом следует отметить, что результаты исследований в данном направлении носят неоднозначный характер, так не обнаружено значимых связей между показателями шкалы соматосенсорной сверхчувствительности и способностью отражать собственное сердцебиение и interoцептивную чувствительность, т.е. показатели SSAS не коррелируют с объективно измеряемой телесной чувствительностью (Mailloux J., et al., 2002). Установлено, что такие психологические конструкты, как болевая сверхбдительность (соматосенсорная сверхчувствительность), болевая тревога и катастрофическая оценка боли, напрямую связаны с уровнем аффективного и соматического дистресса (уровнем депрессии, тревоги и соматизации), но не с индивидуальным порогом болевой чувствительности (Huber C., et al., 2010). В исследовании Aronson K.R. (2006) подтверждается, что основное влияние на степень соматизации оказывает преимущественно эмоциональная реактивность, а не соматическая чувствительность и тенденция к негативной оценке телесных стимулов.

Риск развития психосоматических расстройств и соматизации в настоящее время связывается и с таким личностным радикалом как алекситимия (первичная алекситимия), т.е. неспособностью адекватно осознавать и вербализировать собственное эмоциональное состояние. Вследствие этого эмоции переживаются индивидуумом преимущественно на основе телесного опыта. Многие исследования подтверждают частоту алекситимии среди больных с соматоформными расстройствами и, особенно, хроническим болевым расстройством. Кроме того, алекситимия формируется и как вторичное реактивное образование (вторичная алекситимия), в том числе, в ответ на тяжелое или хроническое соматическое заболевание в рамках модели патологического развития личности. Считается, что хроническое течение физических симптомов способствует развитию алекситимии, как проявления копинг-стратегии (Lumley M.A., et al., 1997; Celikel F.C., et al., 2006). Затруднения в осознании эмоций влечет соматосенсорную амплификацию (SA), с чрезмерной фиксацией на обычных, физиологических ощущениях и склонностью трактовать их, как сигналы о соматическом неблагополучии, что, однако, не всегда связано с повышением уровня тревоги, поскольку алекситимия с выраженностью тревоги не коррелирует (Celikel F.C., et al., 2006).

При изучении больных с соматоформными нарушениями, а также их родственников, установлены такие особенности конституционального предрасположения, как личностная тревожность и ригидность (Дубницкая Э.Б. 1992). Причем у родственников больных, ригидность выступает как

обратная сторона тревожности и часто определяет «игнорирующий соматический стиль» (Barsky A., 1979), либо когнитивный и поведенческий паттерн "ипохондрии здоровья" (сверхценность в отношении спорта, физкультуры, профилактики болезней). Ригидность, в данном случае, рассматривается не только как устойчивость аффективно окрашенных переживаний (Березин Ф.Б., с соавт., 1994), но более широко, как волевое нарушение, как неспособность к смене поведения, затруднение в усвоении новых приспособительных приемов, как стереотипное реагирование в различных ситуациях (Coville W., 1963). Психическая ригидность – неспецифическая особенность, в разной степени она проявляется в структуре почти всех типов акцентуации характера. При психической патологии «...общей тенденцией является усиление личностной ригидности, расширение областей психики, в которые она проникает, трансформация её в облигатную черту, симптомокомплекс и типобразующий фактор...» (Залевский Г.В., 1993). При невротических и неврозоподобных состояниях тревожность и ригидность представляют «внутренние условия личности», через которые преломляются психогенные и экзогенно–органические влияния (Рождественская Е.А., 1988). Именно ригидность, как интегрирующая характеристика, представляет основу (или является индикатором) парциальных, а в дальнейшем и тотальных личностных изменений.

В рамках интерперсональной модели, соматоформные расстройства рассматриваются как выражение поведения направленного на поиск поддержки со стороны окружения у лиц с чертами зависимых (Stuart S. et al. 1999). На первый план выступает паттерн поведения, представляющий собой следствие научения в социальной среде и преследующий цель получения поддержки и помощи при реализации роли страдающего. Важно также и то, что прямое выражение психоэмоционального дискомфорта в форме психопатологических симптомов в современном обществе не поощряется и существенно снижает социальный статус индивидуума.

Все приведенные теоретические представления, ограничиваются, однако, уровнем клинических и экспериментально–психологических данных и соответствующим понятийным аппаратом, не включая в круг обобщений нейробиологические параметры. Современные же тенденции развития психиатрии и психофармакологии предполагают необходимость формирования обобщающих представлений о патологическом состоянии с интеграцией клинических, психологических, социально–психологических представлений и современных данных нейробиологии, и нейрхимии. Лишь та-

кая оценка патологического состояния позволяет осуществлять патогенетическое обоснование терапии.

Определенные надежды на создание обобщающих представлений о механизмах соматизации открывают современные исследования памяти. Значение перенесенного болезненного опыта для становления соматизации подтверждается многочисленными экспериментальными работами и клинической практикой работы с комбатантами. В настоящее время интенсивно разрабатывается парадигма, предполагающая оценку тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных расстройств и соматизации, например, в форме хронической боли, как нарушения процессов памяти, а именно процесса забывания неблагоприятных воздействий. Теоретической базой данных представлений является открытый И.П.Павловым механизм образования условных рефлексов. Последние, как известно, при отсутствии подкрепления имеют тенденцию к угасанию. Однако в случае развития ПТСР и хронической боли у лиц имеющих соответствующий сенсорный и эмоциональный опыт такого угасания не наблюдается. Стойкость следов негативного опыта филогенетически оправдано, поскольку хорошая память на различные опасности обеспечивает выживание. Одним из объяснений данного феномена выступает предположение, что при ПТСР тревожность и дистресс выступают в роли отрицательного подкрепления.

Современные данные свидетельствуют, что процесс угасания – не является лишь пассивным стиранием из памяти прошлого неблагоприятного опыта, если соответствующие воздействия не повторяются. В большей степени он связан с созданием новых ассоциаций, конкурирующих с предыдущим негативным опытом и «создающими» новый паттерн активности, определяющий след долговременной памяти. На первом этапе этот процесс включает т.н. долговременную потенциацию (long-term potentiation, LTP), связанную с синхронизацией активности нейронов, импульсация которых совпадает во времени. Это способствует тому, что в дальнейшем данные клетки будут генерировать импульсы одновременно. Например, в состоянии болезни или переживания боли нейроны, отвечающие за восприятие боли, синхронизируются с нейронами, обеспечивающими переживание тоски или тревоги по поводу утраченного здоровья. В дальнейшем аффективное состояние, вызванное иными условиями, может сопровождаться чувством физической боли. Интимный механизм долговременной потенциации включает в себя увеличение количества глутаматных рецепторов на постсинаптической мембране принимающей клетки, которые нестабильны, а сохранение воспоминаний связано с активным

биохимическим процессом, поддерживающим группу рецепторов на определенном месте. Установлено, что одним из действующих веществ этого процесса является фермент киназа-РКМзета (Sacktor T.C., 1993; Serrano P., et al., 2008), при отсутствии которого нарушается процесс долговременной потенциации. В опытах на животных, введение в гиппокамп или амигдалу крыс антагониста этого фермента (zeta pseudosubstrate inhibitory peptide – ZIP) полностью освобождало их от страха, индикатором которого являлось обученное избегающее поведение.

Наиболее слабое звено в развитии патологических состояний по механизму ПТСР – процесс консолидации, перевода воспоминаний из кратковременной памяти, в долговременную. При этом, в долговременную память легче переходят эмоционально-окрашенные переживания (страх), связанные с активацией норадреналиновой нейромедиацией, стимулирующей синтез белка в миндалевидном теле. Это позволяет полагать, что вещества снижающие уровень норадреналина могут иметь значение в профилактике развития расстройств по механизму ПТСР. Имеются данные о возможном применении с этой целью бета-блокатора пропранолола. В этом случае блокируется эмоциональная компонента (страх, тревога) при воспоминаниях о травмирующих событиях. Ещё одним направлением избавления от травмирующих воспоминаний является возможность посредством поведенческой терапии (а в последующем и лекарств), осуществлять реконсолидацию травмирующих воспоминаний, оживляя их и ассоциируя с переживанием безопасности, разрушая тем самым сложившийся патологический паттерн.

В свете вышеизложенного, соматизация психопатологических расстройств может быть представлена, как процесс патологического обусловливания, негативной аффективности и негативного сенсорного телесного опыта. Стойкий характер соматизированных симптомов связан с отрицательным подкреплением, свойственным тревожности и состоянию дистресса (при различных физических и социально-биологических влияниях). Значение позитивного обусловливания, приобретают выгоды и преимущества «быть соматически больным» в современном обществе, а также этнокультуральные влияния. Консолидации патологических связей способствуют конституционально-личностные особенности.

Таким образом, исходя из данной парадигмы, можно констатировать отсутствие существенные различия между механизмами становления соматизации при расстройствах невротического и аффективного спектра. На фоне измененного эмоционального статуса (тревога, депрессия), вне зави-

симости от первичной причины (психогения, эндогения) общий механизм консолидации эмоционального и сенсорного опыта может способствовать становлению преувеличенного восприятия, например вегетативных проявлений стресса, сопровождающего аффект (гипервентиляция, тахикардия, витальные ощущения и т.п.). В дальнейшем развитии данные соматические симптомы больные начинают воспринимать, как первичные. Этому могут способствовать, в том числе, диагностические суждения врачей–интернистов их попытки в доверительной беседе разъяснить больному возможные соматические причины патологических ощущений. Последнее, нередко, становится основой квазинаучных представлений пациента о генезе и механизмах болезни, знаменуя формирование когнитивного звена внутренней картины заболевания и, в целом, самовосприятия и самооценки в роли больного. Существенно важно, что такой механизм открывает возможности разработки новых терапевтических подходов, направленных на реконсолидацию посредством сочетанного воздействия психотерапевтических и психофармакологических влияний, в том числе с использованием препаратов избирательно влияющих на механизмы памяти.

Собенникова В.В. К оценке некоторых психопатологических особенностей реакций разлуки со «значимым другим»

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Согласно одной из клинико–психологических дифференциаций (О.Л. Головизнина, 2004) психотравмирующие жизненные обстоятельства, с учетом субъективного значения/смысла делятся на три группы: «утраты», «угрозы» и «вызовы». Группы различаются характером ведущего эмоционального переживания, а также клиническими особенностями депрессивного состояния. Группа «Утраты» включает в себя, как собственно реакцию на смерть близкого, так и иные ситуации, приводящие к утратам индивидуально значимых ценностей личности, в том числе вследствие вынужденной, длительной или постоянной разлуки со значимой персоной (переезд в другой регион, эмиграция, служба в армии). Данные реакции по своему клиническому содержанию могут сближаться с переживанием горя, в связи со смертью близкого и сопровождаться развитием широкого спектра психопатологических расстройств, нарушением социального функционирования и адаптации, а также повышать риск развития соматических заболеваний.

Цель исследования. Сравнительная характеристика некоторых клинико–психопатологических особенностей реакции утраты, в связи с разлукой со «значимым другим».

Методы исследования. Изучено 11 случаев реакции утраты, развившейся вследствие: предстоящей, либо состоявшейся разлуки с одним или несколькими «значимыми другими», вследствие переезда в другой регион страны, эмиграцией за рубеж (8 человек –72,7%), уходом в армию – 3 человека (27,3%). В последнем случае, расставание было отягощено навязчивыми опасениями за здоровье и жизнь близкого. Большинство случаев – 90,9% (10 человек) были представлены лицами женского пола, в одном случае (9,1%) – мужского. Средний возраст: $42 \pm 2,3$ г. Группа сравнения – 10 человек, обратившихся к психиатру после перенесенной утраты (смерти) близкого, из них 8 женщин – (80,0%), двое мужчин – (20,0%), средний возраст: $46 \pm 3,6$ г.

Основной метод исследования: клинико–психопатологический. Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты. Малочисленность представленной основной группы больных указывает на относительную редкость обращения данного контингента за медицинской помощью в государственную психиатрическую сеть, что может быть связано с опасениями «стигматизации», а также менее катастрофическим характером утраты, когда личность успевает «приспособиться» к мыслям о предстоящей разлуке. Так, в изученной выборке, лишь в одном случае (9,1%) больная была направлена на стационарное лечение в психиатрическую клинику, 4 человека (36,4%) обращались к психиатру самостоятельно, но на условиях анонимности, а в 6 случаях (54,5%) больные вовсе не планировали обращения к психиатру, а консультированы были лишь после рекомендации врачей–интернистов.

Анализ некоторых социально–средовых факторов показал, что у лиц изученной (основной) группы в анамнезе обнаруживаются: указания на неблагоприятные микросоциальные условия в детстве (алкоголизм среди родственников первой степени родства 3 человека–27,3%; ранняя смерть одного из родителей – 2 чел. 18,9%, развод родителей – 2 чел. 18,9%); данные, свидетельствующие о нестабильной трудовой адаптации (работа не по специальности, многократные перемены места работы, безработица) – 4 чел. (36,4%), несмотря на достаточно высокий образовательный уровень (8 чел. – 72,7% имели высшее образование); неустойчивой семейной ситуации – 5 чел. 45,5% (повторные браки, отсутствие детей). Среди типов

взаимоотношений с объектом утраты в основной группе преобладали гармоничные, а также отношения с элементами сверхценной привязанности, в группе сравнения такой однозначности не отмечалось: в 3 случаях (30,0%) отношения носили дисгармоничный характер.

Развертывание реакций утраты в обеих группах происходило на трех уровнях: аффективном, идеаторном и поведенческом. Общими характеристиками указанных патологических состояний явились: наличие сниженного настроения с мучительной поглощенностью мыслями об объекте утраты, персистирующим отчаянием, навязчивыми представлениями и воспоминаниями, чувством одиночества и пустоты, а также переживания бессмысленности собственного существования без «значимого другого».

Сравнительная характеристика клинических проявлений реакции утраты в обеих группах позволила выявить и некоторые значимые различия ($p < 0,05$): характер гипотимии – среди лиц основной группы обнаруживалось доминирование апатического и тревожного радикала аффекта легкой и умеренной степени тяжести, в контрольной – тоскливого и тревожно–тоскливого; широко представленная в обоих вариантах выраженная астено–невротическая симптоматика – (утомляемость, рассеянность, чуткий, поверхностный сон, сновидения неприятного содержания, плаксивость, раздражительность и т.д.), в группе с переживанием утраты, вследствие разлуки, тяготела к гипостеническому полюсу. Также широко в обеих группах была представлена и полиморфная соматоформная симптоматика: в основной группе обнаруживалось преобладание патологических ощущений и признаков вегетативной дисфункции желудочно–кишечного тракта (снижение, либо повышение аппетита, тошнота, рвота, боли разных характеристик и т.д.), а также иных, в основном, транзиторных и малоспецифичных телесных ощущений разной локализации; в группе с «истинными» утратами – соматоформная симптоматика носила более развернутый, синдромально заверченный и полилокальный характер, признаки вегетативной дисфункции в большей части случаев касались сердечно–сосудистой системы, в части случаев обнаруживалась ипохондрическая фиксация. Среди симптомов травматического стресса различия касались феноменов: 1. «избегание ситуаций, напоминающих о утрате», 2. «чувство вины перед объектом утраты», так лица основной группы чаще обнаруживали симптомы репереживания событий, связанных с объектом привязанности и отсутствие чувства вины, контрольной группы – симптомы избегания и вины перед утраченным близким. Данные различия обнаруживались, в том числе, и в соответствующем им, модусе поведения больных.

Таким образом, обнаруженные данные могут свидетельствовать о роли социально–средовых факторов, как возможных предикторов формирования реакций утраты, в связи с разлукой со «значимым другим». Выявленные клинические особенности психогенного расстройства могут иметь значение в аспекте терапии и превенции указанных состояний.

Черняк Н.Б., Пшеничных И.В., Белазерова С.В. Влияние личностных особенностей на манифестацию и динамику соматоформных расстройств.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутский областной психоневрологический диспансер, Иркутск

В настоящее время данные литературы касающиеся влияния личностных особенностей на формирование и течение соматоформных расстройств немногочисленны, и преимущественно исчерпываются клинико–эпидемиологическими данными.

С целью изучения влияния личностных особенностей на формирование, клиническую динамику, а так же для разработки методов эффективного лечения соматоформных расстройств были обследованы 28 пациентов проходивших лечение в дневном стационаре ИОПНД в течение 2011года, состояние которых соответствовало диагностическим критериям рубрик «Недифференцированное соматоформное расстройство» (F45.1) – 11 человек, «Ипохондрическое расстройство» (F45.2) 8 обследованных; конституционально обусловленные и нажитые ипохондрические расстройства личности в 9 наблюдениях – «Расстройство зрелой личности и поведения у взрослых»(F60–69). В изученную выборку вошли пациенты, возраст которых на момент обследования варьировал от 25 до 63 лет, среди них были 20 женщин и 8 мужчин. Длительность соматоформных расстройств составила не менее 3 лет.

Методы исследования. Применялись клинико–психопатологический и катamnестический методы исследования. Каждый больной был консультирован терапевтом, неврологом, окулистом, использовались параклинические методы (лабораторный, электрокардиографический, электроэнцефалографический), а так же психометрические шкалы «Шкала общего клинического впечатления» (CGI), «Шкала Гамильтона для оценки депрессии и тревоги» (HDRS–21), Миннесотский многопрофильный личностный опросник MMPI.

Результаты. В изученной группе появление псевдосоматических жалоб, как правило манифестировало на фоне незначительных социально быто-

вых трудностей. Все обследуемые в течение $3,2 \pm 1,5$ лет искали помощь у интернистов, проходили многочисленные и дорогостоящие обследования. В большинстве случаев масса высказываемых жалоб не соответствующих, какой либо соматической патологии, заставляла терапевтов направлять этих пациентов на консультацию к врачу психиатру. В клинической картине обследованных преобладали нарушения со стороны дыхательной системы (удушье, ощущение нехватки воздуха, спазмов в горле, что сопровождалось танатофобией) и сердечно-сосудистой системы (ощущение учащенного сердцебиения, колебания АД, в субклинических пределах, которые усугубляли тревогу и сомнения в психической природе страдания). Эти больные тяготились состоянием тревоги жаловались на внутреннюю дрожь, а сниженное настроение связывали с плохим самочувствием. По данным катамнеза можно было отметить, что эскалация симптоматики провоцировалась незначительными психогенными триггерами, и неспособностью адекватно переработать конфликтные ситуации, в последующем реагирование тревожно-фобическими расстройствами с атипичными паническими атаками закреплялось и вызывало появление однотипных жалоб. У пациентов с застревающими, тревожными и эмоционально-неустойчивыми чертами характера достигающими уровня расстройства личности и склонностью к истерическому типу реагирования эффект от проводимой терапии был нестойким, что приводило к формированию ипохондрического развития личности с нарушением социальной адаптации и дальнейшей инвалидизацией в 32,1% случаев. В 67,9% наблюдений положительный эффект давало комплексное лечение с использованием антидепрессантов группы СИОЗС (ципралекс, феварин) в комбинации с мягкими нейролептическими средствами (тералиджен, эглонил, этапипразин), качественный эффект лечения закреплялся когнитивно-поведенческими методами психотерапии.

Заключение. Личностные особенности застревающего, тревожного и импульсивного типа утяжеляют течение соматоформных расстройств, делая их менее курабельными и требуют не только психофармакотерапии, но и подключения когнитивно-поведенческих методов для формирования адаптивных копинг стратегий реагирования.

Научно–исследовательский институт психического здоровья СО РАМН
Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН
Иркутский государственный медицинский университет
Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования
Министерство здравоохранения Иркутской области

ПРОГРАММА

VIII Байкальской межрегиональной конференции

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Иркутск
25 сентября 2012 года

25 сентября, 9:00 – 14:00, регистрация 9:00–9:25.

Иркутск, ул. Тимирязева 16. Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения РАМН, актовый зал.

09:30 **Открытие.**

09:45 *Семке Валентин Яковлевич, академик, директор НИИПЗ СО РАМН, Томск.* **Интегративные проблемы психосоматической**
10:10 **медицины**

10:15 *Колесникова Любовь Ильинична, член–корр. РАМН, директор, Долгих Владимир Валентинович, зам. директора по науке, Рычкова Любовь Владимировна, зав. отделом клинической педиатрии НЦПЗСРЧ СО РАМН, Иркутск.* **Психосоматические заболевания как педиатрическая проблема.**
10:40

10:45 *Собенников Василий Самуилович, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ИГМУ, Иркутск.* **Соматизация при**
11:10 **расстройствах невротического и аффективного спектра, клинические и патогенетические аспекты.**

11:15 *Бохан Николай Александрович, зам. директора по научной работе НИИПЗ СО РАМН, Томск.* **Психосоматическая коморбидность**
11:40 **формирования аддиктивных состояний в контексте гендерных различий.**

11:45 *Белялов Фарид Исмагильевич, профессор кафедры геронтологии и гериатрии ИГМАПО, Иркутск.* **Психосоматические отношения и**
12:10 **смертность.**

12:15–12:35 Кофе–брейк

12:35 *Семке Аркадий Валентинович, зав. отделением эндогенных расстройств, Мальцева Юлия Леонидовна, зав. психиатрическим отделением НИИПЗ СО РАМН, Томск.* **Соматические расстройства у больных шизофренией: клиническо–адаптационные аспекты.**
13:00

13:05 *Поляков Владимир Матвеевич, зав. лабораторией психонейросоматической психологии детского возраста, Колесников Сергей Иванович, академик РАМН, Иркутск.* **Когнитивные нарушения у детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией.**
13:30

13:35 *Куприянова Ирина Евгеньевна, зав. отделением профилактической психиатрии НИИПЗ СО РАМН, Томск.* **Качество жизни и психическое здоровье женщин, страдающих раком молочной железы.**
14:00
