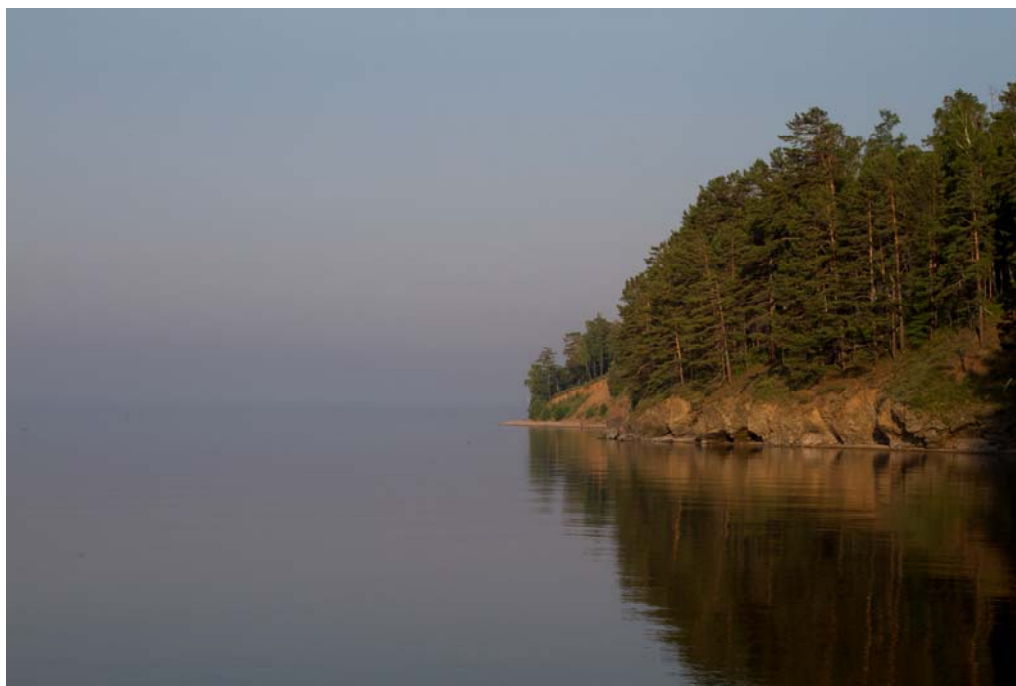


Научный центр психического здоровья РАМН
Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева
Научно-исследовательский институт психического здоровья СО РАМН
Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека
Иркутский государственный медицинский университет
Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ, СОМАТОФОРМНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Х Байкальская конференция



*Иркутск
18–19 сентября 2014 года*

УДК 616.89–06:616

ББК 56.14

Психосоматические, соматоформные и аффективные расстройства в клинической практике: сборник материалов X Байкальской конференции (Иркутск, 18–19 сентября) / Под ред. Ф.И.Белялова, В.С.Собенникова, В.В.Долгих. Иркутск, 2014. 62 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, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

Алексеева Н.С., Салмина-Хвостова О.И. Аффективные расстройства у пациентов с метаболическим синдромом.....	5
Гаркуша Л.Г., Демидович Т.Г., Сенько Е.В. Экспертно-реабилитационная диагностика соматоформных расстройств в главном бюро МСЭ по Иркутской области.....	10
Колягин В.В., Плотникова Т.В., Безбородова Н.В. Комплексный терапевтический подход психосоматического заболевания — дисменореи.....	11
Корниенко В.Н. Закодированные фабулы внушения в реабилитации сотрудников МВД.....	
Крылов В.И. Психопатология пищевого поведения (нервная анорексия и нервная булимия).....	19
Мамонова И.П., Пищикова Л.Е. Психосоматические корреляции у пациентов позднего возраста в аспекте судебно-психиатрической экспертизы.....	24
Очилов У.У. Психические нарушения у ВИЧ-инфицированных больных, употребляющие психоактивные вещества.....	25
Петров А.А., Беломестнова Т.В. Структура соматоформных включений в рамках истеро-ипохондрического развития личности...	27
Прокопьева М.Л., Винокуров Е.В., Собенников В.С. Социально-психологические детерминанты формирования внутренней картины болезни у пациентов пограничного психиатрического отделения.....	29
Рыбалко В.О., Ясникова Е.Е. Непсихотические психические расстройства у больных ВИЧ-инфекцией в 4 стадии.....	32
Собенников В.С. Психопатологическое моделирование соматизации и соматоформных расстройств.....	36
Собенникова В.В. Выявление расстройств биполярного спектра в общесоматической сети.....	47
Уманский С.В. Психосоматические соотношения в контексте типологии и терапии функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы.....	50
Черняк Н.Б. Соматоформные расстройства как проявление динамики расстройств личности.....	55
Шевцов С.А., Новиков А.В., Цурина Н.А., Безобразов С.Л. Восстановительное лечение депрессивного эпизода с соматическими симптомами.....	57

Шевцов С.А., Музалёв Н.Н., Смекалкина Л.В., Брежнева О.Я.	
Информационные технологии для диагностики, коррекции и профилактики аффективной и психосоматической патологии.....	59
Программа X Байкальской межрегиональной конференции	61

Алексеева Н.С., Салмина-Хвостова О.И. Аффективные расстройства у пациентов с метаболическим синдромом

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, Новокузнецк

Аффективные расстройства являются гетерогенными, наиболее распространенными психическими заболеваниями зрелого возраста, сопровождающимися снижением социального функционирования и трудоспособности, преждевременной смертью и возрастающими экономическими затратами.

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о связи депрессивных и метаболических нарушений (Kinder L.S. et al., 2004). Распространенность МС (метаболического синдрома) в общей популяции довольно высока и колеблется от 14% до 24%, среди лиц с нарушением толерантности к глюкозе она составляет 50%, а при сахарном диабете 2 типа – 80% (Чазова И.Е., Мычка В.Б., 2003; Мычка В.Б., 2007). Однако в группе пациентов, страдающих депрессией, проявления МС встречаются чаще. У людей перенесших хотя бы один эпизод депрессии, распространенность МС оставляет 36%. У пациентов, которые в течение 6 лет страдают депрессией, распространенность увеличивается до 58%. В популяции у пациентов с наличием не менее трех компонентов МС депрессивная симптоматика выявляется в 61,5% случаев (Heiskanen T. H. et al., 2006).

В большинстве случаев в общесоматической клинике депрессивная симптоматика своевременно не диагностируется и не лечится, так как у больных общетерапевтического профиля, как правило, наблюдаются маскированные депрессии. Классические депрессивные проявления мало выражены, а в ряде случаев не определяются вовсе. В этих ситуациях на первый план зачастую выходит и занимает доминирующее положение соматовегетативная симптоматика. При этом возможности выявления депрессивного расстройства резко минимизируются. Так, при предъявлении психологических жалоб депрессия диагностируется врачами общей практики в 90 % случаев, а при наличии изолированных соматических жалоб – только в 47 %.

Чаще всего «масками» депрессии являются различные нарушения сна (трудности засыпания, ещё чаще – раннее пробуждение или повышенная сонливость), нарушения аппетита (выраженное снижение или повышение), изменения массы тела, повышенная утомляемость и раз-

дражительность, хронический болевой синдром разной локализации (чаще всего кардиалгии, головные боли, боли в спине), вегетативные расстройства (приступы сердцебиения, одышки, головокружения), различные нарушения в сексуальной сфере, что довольно часто выявляется при МС (Симаненков В.И., 2005; Смулевич А.Б., 2001).

В настоящее время интерес представляют исследования, в которых изучается вероятностная связь отдельных компонентов МС и депрессии, так как имеются убедительные данные, указывающие на гендерные различия в отношении физиологических и психологических аспектов сердечно-сосудистых заболеваний и МС (Hyde J.S., 2005, Reigitz-Zagrosek V. et al., 2006).

У женщин с наличием депрессии выявлен повышенный риск развития двух из пяти основных компонентов развития МС – увеличение окружности талии и увеличение уровня глюкозы, также имеется тенденция к ассоциации с другими тремя компонентами (низким уровнем липопротеинов высокой плотности, гипертонией и увеличением уровня триглицеридов). Таким образом, у женщин имеется коморбидная связь со всеми компонентами МС. У мужчин депрессивная симптоматика была связана только с абдоминальным типом ожирения – одним обязательным компонентом МС (Toker S. et al., 2007).

Так как МС может быть диагностирован только при наличии не менее трех компонентов, возможно, поэтому у женщин более четко определяется связь депрессивных нарушений и МС.

Цель исследования – изучить взаимосвязь компонентов МС и депрессивных нарушений.

Материал и методы. В исследовании принимали участие 565 пациентов с абдоминальным ожирением (48,7% женщин и 51,3% мужчин, в возрасте от 35 до 70 лет), находившихся на стационарном лечении в 2009-2012 гг. в терапевтическом отделении МЛПУ «ГКБ №5» города Новокузнецка. Диагностику компонентов МС осуществляли согласно рекомендациям экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК, 2007) (Дедов И.И., Мельниченко А., 2004). Основным критерием МС является центральный (абдоминальный) тип ожирения – окружность талии (ОТ) более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин. Дополнительными критериями являются артериальная гипертония (АД \geq 140/90 мм рт. ст.), повышение уровня триглицеридов (ТГ \geq 1,7 ммоль/л), снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП $<$ 1,0 ммоль/л у мужчин,

< 1,2 ммоль/л у женщин), повышение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП > 3,0 ммоль/л), гипергликемия натощак (глюкоза в плазме крови натощак $\geq 6,1$ ммоль/л) и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) (глюкоза в плазме крови через 2 часа после нагрузки глюкозой в пределах $\geq 7,8$ и $\leq 11,1$ ммоль/л). Наличие у больного центрального ожирения и двух из дополнительных критериев являлись основанием для диагностирования у него метаболического синдрома. Избыточную массу тела и ожирение выявили на основании индекса массы тела (ИМТ) Кетле (1997) (Дедов И.И., Мельниченко А. 2004). ИМТ – отношения массы тела (в кг) к росту (в м²). Нормальную массу тела диагностировали при ИМТ от 18,5-24,9 кг/м², избыточную массу тела при ИМТ равном 25,0-29,9 кг/м², ожирение 1 степени при ИМТ – 30,0-34,9 кг/м², ожирение 2 степени при ИМТ – 35,0-39,9 кг/м² и ожирение 3 степени при ИМТ 40 кг/м² и более.

Для самооценки уровня депрессии использовали шкалу Цунга (W.W. Zung, 1965). Наличие вредных привычек, особенностей образа жизни, двигательной активности и пищевого рациона изучали по специально разработанной авторами анкете.

Гормональное исследование (кортизол) определяли методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови. Биохимическое исследование сыворотки крови (определение концентрации ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП и глюкозы) проводили ферментативными методами на аппарате Konelab-30i. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ “Statistica 6.0” и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты и обсуждение. Центральный (абдоминальный) тип ожирения ОТ более 94 см выявили у 51,3% мужчин, ОТ более 80 см – у 48,7% женщин. Избыточную массу тела диагностировали у 25,1% пациентов, ожирение 1 степени – у 39,3%, ожирение 2 степени – у 26,7% и ожирение 3 степени – у 8,9%. Артериальную гипертензию (АД $\geq 140/90$ мм рт. ст.) зарегистрировали у 80,3% пациентов. Повышение уровня ХС ЛПНП > 3,0 ммоль/л выявили у 68,1% пациентов. Снижение уровня ХС ЛПВП < 1,0 ммоль/л диагностировали у 56,9% мужчин и < 1,2 ммоль/л – у 50,5% женщин. Повышение уровня триглицеридов (ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л) диагностировали у 64,8% пациентов. Нарушение гликемии натощак выявили у 2,5%, НТГ – у 3,9% и СД 2 типа – у 41,1%.

Анализируя анамнез компонентов МС было выявлено, что избыточный вес в течение 5 лет наблюдался у 31% пациентов, от 5 до 10 лет – у 42,8%, более 10 лет – у 26,2% пациентов. Артериальная гипертензия в течение 5 лет была выявлена в 26,7% случаев, от 5 до 10 лет – в 32,1% случаев, более 10 лет – в 41,2% случаев. СД 2 типа в течение 1 года был у 4,7% пациентов, стаж заболевания от 1 года до 5 лет наблюдался у 15,1%, от 5 до 10 лет – у 21,1%, более 10 лет – у 59,1% пациентов. Несмотря на наличие у пациентов СД 2 типа часто наблюдались нарушения диетических рекомендаций (преобладание в рационе пищи богатой легкоусвояемыми углеводами и жирами).

Изучение факторов риска МС выявило несбалансированного питания у 70,6% пациентов, гиподинамию – у 77% и нарушение пищевого поведения – у 79,9%. Рациональный тип пищевого поведения наблюдался у 27,6% пациентов, эмоциогенный тип пищевого поведения – у 30,1%, экстернальный тип пищевого поведения – у 21,4%, ограничительный тип пищевого поведения – у 11,2% и смешанный тип пищевого поведения – у 9,7%.

Депрессивные нарушения выявили у 41,2% пациентов (32,8% мужчин и 50,2% женщин). Легкие депрессивные состояния были диагностированы у 27% пациентов, средние (умеренные) – у 68,3%, тяжелые – у 4,7% пациентов.

Для выявления признаков гиперреактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы у пациентов с депрессивными нарушениями была определена концентрация кортизола в плазме крови. Гиперкортизолемиа была выявлена у 86,3% пациентов с депрессивными состояниями. При этом концентрация кортизола у пациентов с тяжелыми и средними депрессивными нарушениями была выше в 1,3-1,6 раза, чем у пациентов с легкими. При проведении малой дексаметозоновой пробы наблюдалось быстрое подавление секреции кортизола дексаметазоном у всех пациентов, что также свидетельствовало гиперреактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы при депрессивных состояниях.

При наличии СД 2 типа депрессивные нарушения выявлялись в 31,9% случаев. По данным литературы распространенность депрессий при СД, по меньшей мере, в 2 раза выше, чем у лиц без СД и составляет 14,4-41,3%, причём тяжесть депрессивных проявлений коррелирует со многими симптомами МС (Анциферов М.Б. и соавт., 2003). При длительности СД 2 типа до 5 лет депрессивные состояния встре-

чались у 15,2% пациентов, при стаже заболевания от 5 до 10 лет – у 22,4% пациентов и при стаже заболевания более 10 лет – у 40,9%. При наличии депрессивных состояний чаще наблюдались нарушения диетических рекомендаций, ухудшения гликемического контроля, развития осложнений.

При избыточной массе тела и ожирении депрессивные нарушения были диагностированы в 41,2% случаев. По данным авторов, при депрессиях избыточный вес достигает 18-40%. При наличии в анамнезе избыточного веса до 5 лет депрессивные состояния выявили у 29,1% пациентов, при стаже заболевания от 5 до 10 лет – у 46,3%, более 10 лет – у 47,3% пациентов. Довольно большое количество встречаемости при избыточном весе депрессивных нарушений было выявлено у пациентов, у которых наблюдалось сочетание абдоминального типа отложения подкожно-жировой клетчатки и двух или трех дополнительных критериев компонентов МС. Сочетание абдоминального типа ожирения и двух или трех дополнительных критериев МС было выявлено в 41,1% и в 35,6% случаев соответственно.

У пациентов с артериальной гипертонией депрессивные нарушения наблюдались у 28,9% пациентов. При наличии в анамнезе артериальной гипертонии до 5 лет депрессивные состояния были диагностированы у 16,5% пациентов, при стаже заболевания от 5 до 10 лет – у 29,5%, более 10 лет – у 36,4% пациентов.

При наличии депрессивных нарушений наблюдалась большая частота встречаемости таких факторов риска МС как несбалансированное питание – у 56,2% пациентов, гиподинамия – у 48,1%, курение – у 62,2%. При сочетании абдоминального типа ожирения и двух дополнительных критериев МС депрессивные состояния выявлялись в 33,6% случаев. При сочетании абдоминального типа отложения подкожно-жировой клетчатки и трех дополнительных критериев компонентов МС депрессивные нарушения выявлялись в 45,8% случаев.

Выводы. При наличии депрессивных нарушений наблюдалось увеличение частоты встречаемости компонентов и факторов риска МС. При увеличении длительности существования отдельных компонентов МС депрессивные состояния диагностировались чаще. При большем сочетании компонентов МС депрессивные нарушения выявлялись чаще. Профилактические или лечебные мероприятия должны быть направлены на всю совокупность факторов риска МС, включая и депрессивные состояния.

Гаркуша Л.Г., Демидович Т.Г., Сенько Е.В. Экспертно-реабилитационная диагностика соматоформных расстройств в главном бюро МСЭ по Иркутской области

Третий экспертный состав ФКУ «ГБ МСЭ по Иркутской области»
Минтруда России, Иркутск

Соматоформные расстройства представляют значительную проблему для МСЭ. Пациенты с амбулаторным уровнем психических расстройств и соматизацией их клинических проявлений обращаются не к психиатрам, а интернистам. Следствием являются несвоевременное распознавание, неадекватность лечения и ошибки при МСЭ. Больных освидетельствуют в бюро МСЭ общего, а не психиатрического, профиля, и длительно устанавливают инвалидность по соматическому или неврологическому диагнозу. С каждым последующим годом у врачей-экспертов бюро общего профиля возникают все большие затруднения в подтверждении установленного диагноза и инвалидности. При очередном переосвидетельствовании больным нередко отказывают в установлении группы инвалидности по соматической или неврологической патологии; иногда предполагают установочное поведение. Именно на этом этапе больные попадают в поле зрения психиатра и им устанавливают психиатрический диагноз.

Цель исследования. Определение путей улучшения экспертно-реабилитационной диагностики соматоформных расстройств в ГБ МСЭ.

Материал исследования. Акты и протоколы освидетельствования граждан, признанных инвалидами вследствие соматоформных и коморбидных расстройств.

Полученные результаты. Третий экспертный состав ГБ МСЭ имеет многолетний опыт выявления дезадаптирующих психических, в том числе соматоформных расстройств. В связи с особой сложностью клинико-функциональной экспертно-реабилитационной диагностики у граждан, направленных на МСЭ с соматоневрологической патологией, очевидные ограничения жизнедеятельности которых обусловлены психическими расстройствами, в число специалистов Третьего экспертного состава ГБ МСЭ включен врач-психиатр, прошедший подготовку по специальности «медико-социальная экспертиза». Совместная работа психиатра с терапевтом, неврологом и другими специалистами при проведении МСЭ позволяет сформулировать предварительный клинико-экспертный диагноз соматоформного и коморбидных рас-

стройств. Для утверждения диагноза освидетельствованные направляются на стационарное обследование в отделение невротиков. Осуществляется обмен информацией со специалистами отделения и областного психоневрологического диспансера. В части случаев осуществлению экспертно-реабилитационных мероприятий препятствует жесткая антипсихиатрическая установка освидетельствуемого, связанная как с ипохондрическими идеями, так и опасениями ограничений вследствие постановки на психиатрический учет.

Заключение. Организация деятельности Третьего экспертного состава Главного бюро МСЭ с участием психиатра обеспечивает взаимное обогащение знаниями, продуктивную совместную работу специалистов, повышение качества диагностики и экспертизы.

Колягин В.В., Плотникова Т.В., Безбородова Н.В.
Комплексный терапевтический подход
психосоматического заболевания — дисменореи

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутская областная клиническая психиатрическая больница №1, Иркутск

Хотя термин «психосоматический» принадлежит профессору психиатрии Лейпцигского университета Хайнроту (Heinroth J.), который ввел его в научный обиход в 1818 г., интерес к проблеме психосоматических соотношений проявляли видные ученые-философы далекого прошлого. Крупнейший античный философ, ученик Сократа и учитель Аристотеля, Платон (427 - 347 гг. до н.э.) писал: «Лечение многих заболеваний неизвестно врачам, потому что они игнорируют целое, которое должны также изучать. Частям не может быть хорошо, если не хорошо целому». Роль психики, особенностей характера больного человека подчеркивали также Сократ, Гиппократ, Декарт, Лейбниц, Бэкон и др. В 20 веке, Шандор Ференци (Ferenczi S., 1873-1933) использовал психоанализ как средство понимания болезни и метод ее лечения, разработал концепцию «символического языка органов». В его интерпретации соматическая болезнь - это трансформация нереализованной сексуальной энергии в нарушение функций вегетативных систем по механизму истерической конверсии в соответствии с фантастической эротической символикой. В середине 30-х гг. 20 века, психоаналитик Дойч (Deutsch F.) разработал концепцию органических невротиков, в которой важное значение придает слабости органа, обу-

словленной предшествующим болезненным процессом. Холлидей (Halliday J., 1943), представитель чикагской школы психоанализа, как и Ференци, Дойч, Александер, продолжает разрабатывать психоаналитический подход к психосоматическим расстройствам. Он считал, что психосоматическими заболеваниями следует обозначать лишь такие, природа которых может быть понята только тогда, когда установлено несомненное влияние эмоционального фактора на физическое состояние, к ним он относил нейродермит, люмбаго, мигрень, хорею, пептическую язву, колиты, гипертонию, бронхиальную астму, экзему, псориаз, нейроциркуляторную астению и дисменорею. Им сохраняется тенденция рассматривать психосоматическую болезнь как выражение заболевания структуры «Я». Если в ходе жизни чувство «Я» и чувство реальности человека не получают полного развития, ему приходится переадаптироваться к требованиям внешнего мира или к состоянию отгороженности от многих сфер жизни. Индивидуум с психосоматическим заболеванием реагирует на трудности в социальной, профессиональной, личной ситуации бегством в ложную идентичность. Таким образом, он стремится уйти от реального, актуального вопроса «кто я?», заменяя его симптомоориентированным вопросом «что со мной, чем я страдаю?». Вопрос о его собственной идентичности заменяется вопросом о симптоме, который представляет интернализированный образ матери раннего детства, поскольку она была способна реагировать по матерински только тогда, когда ребенок был болен (Pollock G.H., 1968).

К настоящему времени гинекологическая патология среди соматических заболеваний, сопровождающихся психическими нарушениями, встречается часто и занимает значительные позиции. А, психические факторы, в структуре гинекологической заболеваемости, занимают от 40 до 65% случаев (Кондратова И.А., 2005). В настоящее время широкое распространение получило представление о психосоматической природе гинекологической патологии, такой как: менструально-ассоциированная мигрень, бесплодие неясного генеза, предменструальный синдром, дисменорея и др.

Например, дисменорея (альгоменорея, альгодисменорея) - симптомокомплекс, включающий широкий спектр нейровегетативных, обменно-эндокринных, психических и эмоциональных отклонений, сопровождающих менструацию, мешающих нормальной жизнедеятельности женщин и /или требующих медицинского вмешательства. Боле-

вой синдром относится к стержневым проявлениям дисменореи. При первичной (отсутствуют патологические изменения половых органов) и вторичной дисменореи (с гинекологическими заболеваниями, чаще - эндометриоз, либо воспалительные заболевания органов малого таза, либо аномалии развития внутренних половых органов, либо варикозное расширение тазовых вен и др.) характерно появление болей во время менструации внизу живота.

Частота дисменореи у женщин детородного возраста составляет от 40 до 90%, у 35-50% наблюдается альгодисменорея, при которой женщины практически нетрудоспособны. Наиболее часто альгодисменорея встречается в возрасте до 27 лет, и является самой частой причиной пропуска занятий школьницами и временной нетрудоспособности молодых нерожавших женщин. Ювенильная дисменорея встречается с частотой до 90%. В подростковом возрасте, болевой симптом сочетается у 84% девушек с рвотой, у 79,5% - с диареей, у 22,7% - с головокружением, у 13,6% - с головной болью и у 15,9% - с обмороками. Дисменореей чаще страдают девушки и молодые женщины, труд которых связан с длительной статической позой на работе или со значительным нервно-психическим напряжением. Многие спортсменки, активно и регулярно занимающиеся физкультурой и спортом, после тренировочных занятий в предменструальный и менструальный периоды, отмечают уменьшение, и даже полное исчезновение болевых ощущений.

Многие современные авторы подчеркивают существенную роль психических факторов в этиологии дисменореи (И.Е.Авербух, Н.Г.Миняева, 1971; Lyggin R., 1984; Blooml J, 1987.; С.Л.Бабак, В.И.Краснопольский, О.Ф.Серова, В.А.Туманова, Н.В.Зароченцева, 2004; Р.Ф.Насырова, Л.С.Сотникова, 2009) и выделяют эмоционально-психологические симптомы и депрессивные состояния различной степени тяжести. Изменения психического и эмоционального состояния у пациенток с дисменореей возникают в связи с общностью механизмов регуляции эндокринных и психовегетативных функций, находящихся в структуре лимбико-ретикулярного комплекса. Исследователи отмечают хороший эффект психотерапевтической помощи, которая воздействует на реактивный компонент боли, при дисменорее.

Цель исследования. Оценка изменений психического и эмоционального состояния пациенток с дисменореей и эффективности комплексного лечения.

Материалы и методы исследования. Проведено совместное обследование гинекологом и психиатром 25 женщин с дисменореей. Возраст:

- 15 до 25 лет – 9 женщин;
- 26 до 35 лет – 1 женщина;
- 36 до 45 лет – 8 женщин;
- 46 до 55 лет - 7 женщин.

24 пациентки проживают в городе. Высшее образование имеют 13 женщин, средне-специальное -7 и 5 – среднее образование.

Из 25 женщин - 14 замужем, 8 - одиноки, 3 - разведены. Пятнадцать женщин проживают со своей семьей, пять - с родственниками, две – с детьми, три женщины проживают самостоятельно. Работает 21 женщина, а 4 - домохозяйки. Две пациентки имеют вторую группу инвалидности - одна по соматическому, а вторая по психическому заболеванию. Две женщины из 25 наблюдаются психиатрами с диагнозом: «Эндогенная депрессия».

Отношения в семьях и/или с родственниками у 23 женщин хорошие, у двух - конфликтная ситуация в семье (алкоголизм мужа и девиантное поведение детей).

Сопутствующая гинекологическая патология выявлена в 13 случаях:

- у 6 женщин хронический метрит;
- у трех – миома в сочетании с аденомиозом;
- у двух - воспалительный процесс органов малого таза;
- у двух – неспецифические вагиниты.
- Из гинекологических обследований проведены:
- УЗИ органов малого таза 22 женщинам;
- Пайпель биопсия эндометрия, выскабливание полости матки – 6;
- Гормональные обследования репродуктивной системы – 19;
- Обследование на микрофлору влагалищного биотопа – 12.

Все женщины обследованы по шкале HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии) и затем консультированы психиатром. В 48% случаев (12 чел) не обнаружено психических расстройств, в 52% (13 чел) выявлены следующие расстройства:

- Тревожная симптоматика у 69% пациенток (9 чел) в т.ч. в 75% случаев (6 женщин) - выраженная;
- Депрессивная симптоматика – у 23% (3), в том числе, в 33% – выраженная;

- Астеническая – у 8% (1);
- Сочетание симптомов наблюдалось в 23 % случаев (у трех человек).
- Психические нарушения были представлены:
- Невротическими расстройствами – 77,4% (10 человек);
- Тревожное личностное расстройство - 7,7% (1больная);
- Эндогенная депрессия - 15% (2).

Таким образом, у большинства женщин страдающих дисменореей выявлены психические расстройства, при этом только в 15% случаев нарушения менструального цикла возникают в период обострения эндогенных депрессий, а у остальных были расстройства невротического и личностного генеза.

В связи с большой представленностью таких симптомов как: сниженное настроение, раздражительность, нарушение сна, снижение работоспособности, внутреннее напряжение, чувство тревоги, снижение интересов, повышенная утомляемость, анорексия и др. необходим комплексный подход в лечении, который включал бы не только специальное лечение у гинеколога, но и лечение у психиатра.

Обосновано назначение психофармакотерапии, в т.ч. антидепрессантами, корригирующими тревожные, аффективные (депрессивные) расстройства и болевой синдром (ципралекс, золофт, вальдоксан, велаксин). Известно, что анальгетический эффект проявляется через 4-7 дней после начала приема антидепрессанта. Анальгетический эффект антидепрессанта не зависит от антидепрессантного действия и опережает его в 2-3 раза. Эффективны меньшие дозы антидепрессанта по сравнению с дозировками, используемыми для лечения депрессии. Продолжительность курса лечения антидепрессантами (3-6 месяцев).

Хороший эффект дает психотерапевтическая помощь направленная на реактивный компонент боли, на само ожидание боли, что в свою очередь уменьшает острое восприятие ее. В результате такого комплексного лечения, отмечено значительное, в том числе субъективное, уменьшение выраженности симптомов дисменореи.

Заключение. Комплексное лечение дисменореи обеспечивает сохранение качества жизни женщины, является профилактикой дальнейших нарушений ее психосоматического состояния и репродуктивного здоровья.

Корниенко В.Н. Закодированные фабулы внушения в реабилитации сотрудников МВД

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

В современных условиях деятельность органов внутренних дел Российской Федерации является многогранной не только с позиции выполняемых ими задач по охране правопорядка, но и по условиям, в которых эти задачи решаются.

При выполнении задач в особых условиях профессиональная деятельность сотрудников ОВД носит экстремальный характер. Эта характеристика трудового процесса отражает нагрузку преимущественно на центральную нервную систему, органы чувств и эмоциональную сферу сотрудника.

При чрезмерном или протяженном психоэмоциональном напряжении, превышающем барьер психической устойчивости, адаптивная стресс-реакция переходит в патогенную, проявляющуюся в дезорганизации психосоциальных и психобиологических функций индивидуума.

Ссылаясь на анализ обследования в Центре психологической диагностики, нами было установлено, что порядка 52% сотрудников относятся к группам с функциональными расстройствами нервной системы. Данные расстройства достаточно хорошо корригируются наиболее распространенными методиками психокоррекции в Центре реабилитации МСЧ ГУВД по Иркутской области.

Центр реабилитации является структурным подразделением ФГУЗ МСЧ ГУВД по Иркутской области, функционирует с 1 декабря 2008 года и создан для реализации следующих задач:

1. Профилактическое направление.
2. Лечебная работа.
3. Психологическая поддержка.

Особая роль в работе Центра реабилитации отводится вопросам психофизиологической коррекции последствий экстремальных условий служебной деятельности, «боевого стресса», посттравматических стрессовых расстройств у сотрудников спец.подразделений, оперативных служб и лиц, прибывших из Северо-Кавказского региона.

Одним из методов, используемых для коррекции психоэмоциональных расстройств сотрудников ОВД и лиц, принимав-

ших участие в контртеррористических операциях, являлся метод акустической психокоррекции с использованием закодированных фабул внушения.

Способ акустической психокоррекции — метод, при котором закодированные слова, целые фразы закладываются в аудиоряд и потом прослушиваются пациентом.

При помощи ряда математических операций исходный речевой сигнал превращается в подобие шума, при прослушивании которого невозможно не только распознать смысл речевого сообщения, но и установить сам факт его наличия. Зато это возможно при декодировании «шума» специально для этого разработанными программами. Кроме того, головной мозг также способен декодировать эту информацию, но при этом она — будучи воспринятой — не осознается субъектом.

Внушение, оформленное таким образом, достигает цели в кратчайшие сроки. Испытуемый начинает строить свое поведение, исходя из предложенной в закодированном виде формулы внушения.

На сегодняшний день накоплен громадный опыт проведения процедур психокоррекции с использованием этого метода. Исследования показывают, что на фоне применения неосознаваемой психокоррекции, не возникают негативные эффекты. Самый заметный отрицательный эффект - отсутствие какой-либо реакции на проводимую процедуру.

Замечено, что порядка 10-15% испытуемых не воспринимают информацию, т.е. их мозг не способен к декодированию речи, обработанной с использованием вышеописанного алгоритма.

Метод акустической психокоррекции с использованием закодированных фабул внушения положительно зарекомендовал себя в работе Центра реабилитации МСЧ ГУВД по Иркутской области.

В течение минувшего отчетного периода реабилитационное лечение с использованием закодированных фабул внушения прошли 59 сотрудников ОВД, принимавших участие в контртеррористических операциях.

Все сотрудники - мужчины, средний возраст которых составил $32,2 \pm 3,7$ года.

Показаниями для назначения процедур являлись:

1. Неспецифические пограничные отклонения в состоянии здоровья.

2. Предболезненные изменения в состоянии здоровья.
3. Болезненные изменения в состоянии здоровья:
 - а). Психологические признаки алкогольной интоксикации;
 - б). Психическая дезадаптация, клинические признаки психической патологии.

Противопоказаниями для назначения процедур являлись:

1. Органические заболевания ЦНС.
2. Выраженные психические расстройства.
3. Сердечно-сосудистые заболевания.
4. Другие соматические заболевания в фазе декомпенсации.

Психотерапевтическая программа включала 10 сеансов продолжительностью по 30 минут. Перед сеансом проводилась индивидуальная консультация врача-психотерапевта, где выявлялись показания и противопоказания для данной психотерапевтической процедуры. Сеанс проводился в группе по 5 человек в специально оборудованной комнате для психотерапии с хорошей шумоизоляцией. Пациенты располагались в креслах для релаксации перед большим экраном телевизора и в наушниках. В начале сеанса объяснялось, что такое закодированные фабулы внушения и как они будут восприниматься. Далее давалась инструкция представить себе ситуацию, которая больше всего вызывает раздражение и напряжение у пациента. Воображаемая сцена должна была проецироваться на те картины, которые были показаны в течение сеанса. В течение всего сеанса негативные эмоции, вызванные воспоминаниями, растворялись в положительных эмоциях вызванных образами на экране. На фоне релаксирующей музыки звучали закодированные фабулы внушения направленные на расслабление и успокоение. После окончания сеанса, заснувшие пациенты будились, комната освобождалась, проветривалась и приглашалась следующая психотерапевтическая группа.

По результатам проведенной терапии выявлена следующая эффективность лечения:

- положительная динамика – 96,6% (57 человек);
- отсутствие положительной динамики – 3,4% (2 человека).

Таким образом, положительные результаты лечения свидетельствуют, что метод акустической психокоррекции с использованием закодированных фабул внушения в реабилитации сотрудников, принимавших участие в контртеррористических операциях, проведена в

полном объеме и перспективна для дальнейшего включения в различные комплексы восстановительного лечения.

Крылов В.И. Психопатология пищевого поведения (нервная анорексия и нервная булимия)

Санкт-петербургский государственный медицинский университет им.
И.П.Павлова, Санкт-Петербург

Основные формы нарушений пищевого поведения (НПП) нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ), сопровождающиеся выраженными соматоэндокринными расстройствами, вызывают не только стойкую социальную дезадаптацию, но и представляют непосредственную угрозу жизни больных.

Психопатологической основой синдромов НА и НБ являются дисморфоманические нарушения в виде болезненной убежденности либо опасения развития чрезмерной уродливой полноты. Дисморфоманические переживания могут иметь характер тревожных или навязчивых опасений, доминирующих, сверхценных или бредовых идей.

Наиболее часто в содержании дисморфоманических переживаний находит отражение неудовлетворенность размерами, формой, характером и степенью отложения жировой ткани в области талии, бедер, ягодиц. Реже дисморфоманические переживания касаются лица, величины и формы грудных желез, связанных с «излишней» полнотой рук, шеи.

У больных с субклиническими формами заболевания (атипичная НА и атипичная НБ по МКБ-10) дисморфоманические переживания имеют характер доминирующих идей. Важно отметить, что большинство больных имеют высокую самооценку внешности на интрасубъектном и интерсубъектном уровне. При этом присутствует понимание относительности современных стандартов красоты, возможных негативных последствий похудения. Часто неудовлетворенность и чрезмерная озабоченность пропорциями телосложения связана с необходимостью соответствовать существующим культуральным и/или профессиональным стандартам внешней привлекательности ..

У больных с манифестными формами пограничных состояний дисморфоманические переживания, как правило, имеют характер сверхценных идей. Стремление к похуданию сохраняется несмотря на значительное снижение массы тела, появление вторичных соматоэндокринных нарушений.

Дисморфоманические переживания больных вялотекущей шизофренией чаще имеют политематичный характер. Наряду с убежденностью в чрезмерной полноте выявляются идеи физического уродства другой тематики («оттопыренные

уши», «приплюснутый нос»). Характерным является присоединение патологических идей персекуторного ряда – отношения, особого значения. Убежденность в излишней полноте принимает бредовой характер, не поддается даже частичной логической коррекции.

Несомненный интерес представляет психопатологический анализ дисморфоманических нарушений на этапе обратной динамики болезни. У значительной части больных, несмотря на понимание необходимости набора веса сохраняется стойкое патологическое пищевое поведение. Для психопатологической квалификации переживаний больных может быть использован термин «навязчивая убежденность». Данный термин был предложен К.Ясперсом для обозначения нарушений, занимающих переходное положение между навязчивыми с одной и сверхценными, либо бредовыми идеями с другой стороны.

Основу навязчивой убежденности составляет «борьба между убежденностью и знанием того, что истинно как раз противоположное», «постоянный антогонизм между осознанием истинности и осознанием ложности». Больной одновременно «верит и не верит в болезненную идею». «Вера в идею и сомнения в ней быстро сменяют друг друга». Для навязчивой убежденности характерно меняющееся двойственное отношение к доминирующим мыслям: «чаша весов склоняется то на одну, то на другую сторону». Понимание наличия опасного для жизни дефицита массы тела («я понимаю, что у меня истощение», «мне надо набирать вес») сочетается с неудовлетворенностью характером отложения жировой ткани («я чувствую и вижу складки жира на талии», «я ощущаю физическую неуклюжесть из-за прибавки в весе») определяет меняющееся двойственное отношение к болезни.

Дисморфоманические нарушения определяют активное стремление больных к коррекции внешности, похуданию. Основным способом похудения у большинства больных является голодание. Больные резко ограничивают пищевой рацион, отказываются от продуктов с высокой энергетической ценностью, богатых жирами и углеводами.

При вялотекущей шизофрении логическая связь между фабулой дисморфоманических переживаний и мотивацией голодания часто отсутствует. Мотивация голодания имеет неопределенный, расплывчатый характер. Многие больные объясняют самоограничение в питании «мировоззренческими», «философскими» принципами или не могут объяснить почему они стремятся похудеть.

Обращает на себя внимание вычурный, нелепый характер диетических ограничений. Больные исключают из рациона продукты, не обладающие высокой энергетической ценностью, своеобразно чередуя их, употребляют толь-

ко холодную или только подогретую пищу. Некоторые из больных обязательно «подогревают» свежие овощи и фрукты, другие – охлаждают в морозильной камере горячие блюда либо едят не размороженные мясные полуфабрикаты

Основными альтернативными способами похудения у больных с НПП являются искусственные самоиндуцированные рвоты, регулярный прием слабительных и и/или мочегонных препаратов.

Самоиндуцированные рвоты у большинства больных связаны с приступами булимии. В основе рвотного поведения больных с пограничными состояниями лежит релаксирующая и/или гомеостабилизирующая мотивация. Искусственное вызывание рвоты способствует редукции тревожных и навязчивых опасений увеличения массы тела (релаксирующая мотивация) либо помогает снять абдоминальный дискомфорт после приступа переедания (гомеостабилизирующая мотивация).

Провоцированию рвоты предшествует период борьбы мотивов. Больные пытаются подавить возникшее желание «отвлечься», «перетерпеть». По мере нарастания тревоги происходит ослабление сдерживающих мотивов. После окончания рвоты длительное время сохраняется сниженный фон настроения с переживанием чувства вины, сожалением, самоупреками.

У больных шизофренией на основании клинико-психопатологического анализа могут быть выделены два основных варианта динамики рвотного поведения. В первом случае рвотное поведение полностью утрачивает связь с дисморфоманическими нарушениями. Доминирующей мотивацией рвотного поведения становится стремление к получению удовольствия, достижению эйфории. Во время и после окончания рвоты больные испытывают чувство «удовольствия», «блаженства», «экстаза». Стремление к переживанию эйфории заставляет больных повторно прибегать к вызыванию рвоты (гедонистическая мотивация).

Прослеживается отчетливая связь рвотного поведения с патологическими телесными сенсациями-эссенциальными сенестопатиями. После завершения рвоты больные отмечают появление «особых», «трудно формулируемых» ощущений в различных частях тела – «легкости», «невесомости» в желудке, голове, мышцах.

Во втором случае по мере прогрессирования заболевания рвотное поведение, сохраняя связь с дисморфоманическими нарушениями, приобретает стереотипно-ритуальный характер.

Возникновение и учащение приступов переедания заставляет больных использовать новые дополнительные приемы похудения. Попытки ужесточе-

ния диеты провоцируют учащение приступов булимии. Прием слабительных и мочегонных препаратов направлен на предотвращение прибавки в весе при невозможности продолжения голодания.

Развитие приступов булимии связано с пароксизмальным усилением аппетита и ослаблением чувства насыщения. Ослабление или утрата количественного контроля при приеме пищи – основной облигатный признак приступа булимии. Прием обычного количества пищи не вызывает чувства сытости, насыщения. Больные продолжают есть до появления дискомфортных или болевых ощущений в желудке, позывов на рвоту.

Симптом «быстрой еды» – факультативный признаки приступа булимии. Симптом «быстрой еды» («изменение скорости приема пищи») является следствием ослабления или утраты ситуационного контроля. Больные едят жадно, суетливо, плохо пережевывая и быстро глотая пищу. Аффективные расстройства наблюдаются на различных этапах заболевания. Субдепрессивные и гипоманиакальные состояния могут предшествовать развитию симптоматики НА и НБ . В этом случае формирование дисморфоманических нарушений происходит на фоне измененного аффекта – угнетенного или приподнятого настроения.

На манифестном этапе заболевания клинические проявления НА и НБ обнаруживают отчетливую зависимость от характера и степени выраженности аффективных нарушений. Депрессивные нарушения являются облигатным компонентом дисморфоманической триады. У значительной части больных наблюдаются синдромально очерченные депрессивные состояния. Для депрессивных состояний характерными являются следующие общие психопатологические признаки: 1. Доминирование в структуре триады аффективного компонента; 2. незначительная или умеренная степень выраженности моторного и идеаторного торможения; 3. доминирование в общем строе мыслей идей доминирующего или сверхценного характера; 4. нозогнозическое отношение к аффективным расстройствам.

Для обсессивно-компульсивных расстройств при НА и НБ характерен ряд общих психопатологических признаков: 1. Высокая степень аффективной насыщенности обсессивных нарушений, традиционно относимых к отвлеченным эмоционально-нейтральным навязчивостям (навязчивый счет); 2. Тенденция к трансформации навязчивостей в визуализированные представления с ослаблением контроля за их содержанием, частичной ассимиляцией представлений с реальной действительностью (навязчивые воспоминания и представления)

Нарастание полиморфизма, усложнение психопатологической структуры навязчивостей может рассматриваться в качестве предиктора затяжного, рецидивирующего течения болезни.

Патологические телесные сенсации занимают подчиненное по отношению к основным проявлениям болезни положение, выявляются только при активном направленном расспросе.

Телесные сенсации сопряженные с дисморфоманическими переживаниями характеризуются:

1. Зависимостью характера и локализации ощущений от содержания и направленности дисморфоманических переживаний (ощущение «провисания жировой ткани», «пластов жира», «слоев жира» в анатомических зонах, соответствующих фабуле болезненных переживаний – на животе, талии, бедрах, ягодицах);
2. Появление и усиление ощущений под влиянием факторов, вызывающих актуализацию дисморфоманических переживаний (повышенное

Телесные сенсации, сопряженные с патологическим пищевым поведением характеризуются двумя основными признаками:

1. появление и усиление ощущений провоцируется различными формами пищевого поведения – голоданием, перееданием, самоиндуцированными рвотами. При длительном голодании больные отмечают появление в желудке особого ощущения «пустоты», «вакуума». После окончания рвоты наблюдается появление ощущения «очищения желудка», «расправления складок желудка». Характерным является распространение ощущений, первоначально локализованных в желудке, по всему телу – ощущение «общего очищения организма», «легкости и истомы во всем теле»;
2. Другой важной особенностью телесных сенсаций является отсутствие субъективно тягостного эмоционального компонента при появлении ощущений. Возникновение ощущения «пустоты» в желудке после голодания приводит к уменьшению уровня тревоги, эмоциональной насыщенности дисморфоманических нарушений. При появлении ощущения «очищения» желудка после рвоты многие больные испытывают чувство «удовольствия», «блаженства».

Патологические телесные сенсации у больных с пограничными состояниями могут быть квалифицированы как элементарные сенестопатии либо как телесные фантазии. Элементарные сенестопатии «провисание жира», «скованность жиром» - необычные, качественно новые ощущения, не сопоставимые с прежним чувственным опытом. Больные испытывают определенные затруднения в вербализации переживаний.

Телесные фантазии имеют отчетливо предметный характер, строго определенную локализацию. Некоторые больные испытывают ощущение

«разбухания отдельных жировых клеток», «изменение размеров жировых клеток».

Патологические телесные сенсации у больных вялотекущей шизофренией могут иметь характер эссенциальных сенестопатий. Основанием для квалификации телесных ощущений как эссенциальных сенестопатий являются следующие признаки: сенсорная недифференцированность, неопределенный характер ощущений, затруднения при вербализации, крайняя степень чувственной насыщенности переживаний.

Значительный удельный вес и выраженность патологических телесных сенсаций в клинической картине НА и НБ – предиктор затяжного, рецидивирующего течения заболевания.

Мамонова И.П., Пищикова Л.Е. Психосоматические корреляции у пациентов позднего возраста в аспекте судебно-психиатрической экспертизы

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Минздрава России, Москва

Причины возникновения депрессий в позднем возрасте могут быть различными – от гипертрофированной оценки физиологического старения и до возникновения тяжелого соматического или неврологического заболевания. При достижении пенсионного возраста и окончании трудовой деятельности человек часто не может найти адекватную замену своей работе, меняются жизненные интересы и стереотипы, возникает ощущение не востребованности и ненужности, развивается социальная депривация. Нередко глубоко переживаются изменения во внешности и осанке, утяжеляются до этого скомпенсированные соматоневрологические расстройства. При этом степень выраженности депрессивных состояний зависит от компенсаторных возможностей организма и психики пожилого человека. Они могут сопровождать возникновение эндокринных заболеваний, таких как сахарный диабет, терапия которого требует серьезной коррекции образа жизни, медикаментозного сопровождения, нередко приводит к ограничению мобильности пациентов и переживается ими как катастрофа. Депрессивные состояния могут сопутствовать церебральной патологии, например, нарушению мозгового кровообращения с двигательной депривацией (невозможность ходить или пользоваться рукой), нарушениями когнитивной деятельности (снижение памяти, мо-

торная и сенсорная афазия, нарушение навыков письма), препятствуя восстановительному лечению. Для начальных этапов болезни Альцгеймера, где на первый план выступают нарушения памяти, также характерно переживание своей несостоятельности с выраженными депрессивными реакциями, связанное с «забывчивостью», особенно, если человек занимался интеллектуальным трудом. При выявлении онкологических заболеваний возможно острое развитие депрессивных состояний различной степени выраженности, так как установление диагноза воспринимается как близкий смертельный приговор. Для структуры депрессивных состояний характерно доминирование тревожного аффекта, развитие на этом фоне временной дезорганизации психической деятельности с обратимым усилением когнитивной недостаточности. В такой ситуации сам пациент, а порой и его родственники, а часто и посторонние лица спешат решить вопросы наследства. Правовые действия, совершенные в состоянии депрессии, направленные на временное разрешение тяжелой жизненной ситуации, например, получение необходимых для лечения и ухода финансовых средств, могут привести к невыгодному для пожилого человека результату, его обману, а порой и совершению против него мошеннических действий, в дальнейшем явиться предметом судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ). Недоучет влияния депрессивного аффекта на когнитивные функции пожилого человека может приводить к неправильной оценке его психического состояния в общесоматической и судебно-психиатрической практике, обусловить недостоверное решение экспертных вопросов, связанное с оценкой его сделкоспособности, а в дальнейшем и завещательной дееспособности.

Очилов У.У. Психические нарушения у ВИЧ-инфицированных больных, употребляющие психоактивные вещества

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд

Введение. В настоящее время основным путем заражения ВИЧ во всем мире продолжает оставаться инфицирование при внутривенном употреблении ПАВ. Повышение уровня заболеваемости предполагает увеличение количества лиц, страдающих психическими рас-

стройствами в связи с ВИЧ-инфекцией, что делает актуальным тщательное изучение характера этих расстройств.

Целью работы является изучение формирования психических нарушений и качество жизни у ВИЧ-инфицированных больных, употребляющих ПАВ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 50 ВИЧ-инфицированных больных употребляющие ПАВ, в возрасте 27-34 лет взятые на учет Самаркандского областного наркологического диспансера и центра по борьбе со СПИД. Исследованием было представлено клиническим экспериментом, куда вошли ВИЧ-инфицированные больные зависимые от ПАВ которые проходили курс амбулаторной групповой психотерапии, centered на процессах принятия индивидуумом факта наличия неизлечимого заболевания - 19 чел. В качестве контрольной группы клинического эксперимента выступили ВИЧ-инфицированные наркозависимые, которые не проходили курс амбулаторной групповой психотерапии - 31 чел. Критериями отбора были: наличие инъекционной зависимости; наличие ВИЧ-инфицирования (I и II стадии) у больных зависимых от ПАВ; наличие психических нарушений любой степени выраженности вне зависимости от нозологической принадлежности; отсутствие грубых интеллектуально-мнестических расстройств; согласие на участие в психотерапевтических программах. В исследовании использовались классификация и критерии МКБ-10.

Результаты. Важным показателем, характеризующим качество жизни больных наркоманией, является наличие судимостей и случаев тюремного заключения, связанных с незаконным потреблением наркотиков. В группе опийных наркозависимых с отрицательным ВИЧ-статусом, в сравнении с больными опийной наркоманией, инфицированными ВИЧ, с высокой степенью достоверности в среднем в 3 раза чаще встречаются лица, у которых не было осложнений с законом, связанных с незаконным потреблением наркотиков.

Эмоционального состояния пациентов с положительным ВИЧ-статусом у наркозависимых частыми являются депрессивные расстройства, редкими - тревожные расстройства и дисфория. Диагностировано специфическое расстройство личности, среди них диссоциальное, эмоционально неустойчивое, истерическое, тревожное. Аффективные расстройства отмечались у лиц с циклотимией и дистимией. С наибольшей частотой встречались рекуррентные аффективные

расстройства настроения, депрессивные эпизоды, мысли о самоубийстве.

Выводы. Изучение психических расстройств показало наличие достоверных различий в частоте случаев специфических расстройства зрелой личности (F60), депрессивных эпизодов (F32), рекуррентных (F33) и хронических аффективных расстройств (F34), расстройств психической адаптации больных зависимых от ПАВ с ВИЧ-инфекцией.

Петров А.А., Беломестнова Т.В. Структура соматоформных включений в рамках истеро-ипохондрического развития личности

Иркутский государственный медицинский университет,
Иркутский областной психоневрологический диспансер, Иркутск

Актуальность. По результатам многочисленных исследований 40% случаев временной нетрудоспособности и 40% - стойкой утраты трудоспособности составляют больные, предъявляющие соматические жалобы, не подтвержденные физикальными и инструментальными методами исследования. Выявление и квалификация соматоформных расстройств в условиях общемедицинской сети сопряжены со значительными сложностями (Суккисян С.Г. и др., 2007). Во многом это обусловлено спецификой клинических проявлений, охватывающих различные соматические и вегетативные функции, которые могут маскировать тревожные и депрессивные проявления (Бобров А.С. и др., 2007). Клинические параметры соматоформных патологических состояний позволяют дифференцировать четыре компонента: 1) сенсорный или койнестопатический; 2) вегетативный; 3) аффективный и 4) идеаторный, иерархические и динамические взаимосвязи которых имеют диагностическое значение и определяют терапевтическую тактику (Краснов В.Н., 1998).

Истеро-ипохондрическое развитие личности - результат взаимодействия комплекса конституциональных, психогенных и соматогенных факторов. При данном типе личностного развития в связи с наличием гистрионного радикала соматоформные включения имеют структурно сложную клиническую картину, часто создающую трудности в отношении дифференциации коморбидных аффективных, соматоформных, соматических и неврологических нарушений.

Цель. Анализ клинической структуры соматоформных включений у пациентов с истеро-ипохондрическим развитием личности

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 10 амбулаторных карт пациентов в возрасте от 38 до 80 лет (средний

возраст $60,7 \pm 11,2$ лет) проходивших наблюдение в ИОПНД с верифицированным диагнозом истеро-ипохондрического развития личности (F62). Статистическая обработка клинических данных проводилась с помощью программного пакета StatSoft Statistica v.10 методом описательной статистики с определением абсолютных и относительных частот качественных признаков.

Результаты: В исследованной выборке преобладали женщины (90%). В анамнестическом плане большинство пациентов имели сопутствующие соматоневрологические заболевания (последствия ОНМК (3), дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника с умеренно выраженным болевым корешковым синдромом (2), последствия закрытой ЧМТ (1), климактерическая астеновегетативная симптоматика (1)). Все пациенты в преморбиде имели признаки акцентуации личности по демонстративному типу. Ведущим хроническим психотравмирующим фактором являлись сложные внутрисемейные отношения и соматическое (неврологическое) заболевание. Триггером эскалации ипохондрии в большинстве случаев служила утрата близкого. Значительное внимание обращал на себя высокий уровень инвалидизации в связи с психическим расстройством: 5 пациентов (50%) имели II группу инвалидности, а 2 (20%) пациента - III группу.

Динамика превалирующей во всех случаях идеаторной соматизации во многом зависела от наличия диагностированных соматических и неврологических заболеваний. Известие о новом диагнозе способствовало усилению ипохондрических переживаний и формирования истеро-фобических установок по типу неминуемого фатального исхода.

Сенсорный компонент соматоформных включений прослеживался в 90% случаев и был представлен патологическими телесными ощущениями различного характера (сжимающие, давящие, скручивающие, пронизывающие ощущения). Наиболее часто феномены соматизации транслировалась в виде болевого ощущения сжимающего характера в области сердца, не проходящего после приема нитроглицерина, чувства нехватки воздуха, сдавливающих головных болей усиливающихся после психоэмоционального стресса. В 2 случаях отмечались диффузные алгии. Глубина сенсорного компонента диагностически интерпретировалась от отдельных соматоформных включений до верифицированного диагноза соматизированного расстройства с выраженными сенестопатиями (F45). Так одна из пациенток сообщала, что ощущает продвижение «непереваренной пищи» из ДПК в тонкий кишечник. Вегетативный компонент в 3 случаях был представлен неустойчивостью АД и тахи/брадикардией, а в 2 случаях - затруднение физиологических отправлений. Помимо соматоформных включений у 2 пациентов присутствовали симптомы истеро-

конверсионного круга по типу астазии - абазии и кожной анестезии. Во всех случаях наблюдались аффективные нарушения тревожно-депрессивного спектра тесно перекрывающиеся с соматоформной симптоматикой. В 90 % случаев отмечалось нарушение сна в виде ранней и средней инсомнии.

Все пациенты неоднократно проходили обследование в ЛПУ соматического профиля в связи с выше обозначенными псевдосоматическими жалобами, после чего направлялись интернистами к психиатру. Применение антидепрессантов, корректоров поведения, анксиолитиков, атипичных нейролептиков в малых дозах в значительной мере позволяло нивелировать переживания соматоформного модуса, но в катamnестическом ракурсе в большинстве случаев пациенты прекращали прием поддерживающего лечения, что вело не только к возвращению ипохондрических и соматизированных переживаний, но и к их расширению.

Заключение. Истерио-ипохондрическое развитие личности в значительной степени определяют высокий уровень инвалидизации и снижение качества жизни. Интегрированные в сложный психопатологический комплекс соматоформные нарушения совместно с истерическим радикалом обуславливают проблематику межличностного взаимодействия, потребность в многократных диагностических мероприятиях по выявлению соматических заболеваний и повышенное требования к своей персоне со стороны окружающих, в том числе врачей различных специальностей. Высокий уровень перекрываемости соматоформной и аффективной симптоматики свидетельствует о необходимости комплексной дифференциальной диагностики. Своевременное и адекватное диагностирование, психотерапевтическая и психофармакологическая коррекция личностных развитий истерио-ипохондрического типа на инициальных этапах позволило бы существенно улучшить социально-трудовой прогноз и снизить экономические потери в связи с поиском соматической патологии.

***Прокопьева М.Л., Винокуров Е.В., Собенников В.С.
Социально-психологические детерминанты формирования
внутренней картины болезни у пациентов пограничного
психиатрического отделения***

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Одной из наиболее быстро развивающихся областей медицины в последние десятилетия является пограничная психиатрия, что обусловлено неуклонным ростом в популяции психических расстройств невротического и аффективного регистра. При этом актуальна про-

блема социально-психологических детерминант внутренней картины болезни у таких пациентов.

Цель: оценить значение социально-психологических детерминант формирования внутренней картины болезни у пациентов с аффективными расстройствами пограничного психиатрического отделения.

Материал и методы исследования. В исследовании применялся клинический (клинико-психопатологический, клинико-анамнестический) метод, дополненный оценкой с использованием клинических шкал тревоги HAM-A (Hamilton, M., 1959), депрессии HDRS (Hamilton M., 1960; Williams J.B.W., 1989), а также экспериментально-психологической методик: метод цветовых выборов (МЦВ) (Luscher M., 1969; Собчик Л.Н., 1990), методика «Акцент 2-90» (Вигдорчик М.И., 1995), опросник типов отношения к болезни (ТОБОЛ) (Вассерман Л.И. и соавт., 1990). Статистическая обработка с использованием пакета Statistica 10.

Объектом исследования являлись стационарные пациенты психиатрического отделения факультетских клиник ИГМУ с аффективными расстройствами. Всего обследовано 108 пациентов (69 женщин (64%) и 39 мужчин (36%)), средний возраст $44,0 \pm 1,2$ года. Психопатологические нарушения у всех испытуемых квалифицировались как депрессивный эпизод (F32.0, F32.1). Клиническая картина депрессии в большинстве случаев (82 пациента, 76%) характеризовалась выраженностью соматоформных нарушений. Больше половины обследованных имели семью (57 человек, 53%), 18% (20 человек) находились в разводе, 18% (19 человек) никогда не состояли в браке, 11% (12 наблюдений) вдовствовали. Также немногим больше половины выборки были профессионально заняты (63 человека, 58%), из них 70% (44 человека) были служащие, 30% имели рабочие специальности (19 пациентов). Сравнительный анализ показал умеренное преобладание среди обследованных городских жителей (60 человек, 56%) над представителями сельского населения (48 человек, 44%). Высшее образование имели 50 человек (46%), неоконченное высшее – 11 (10%), среднее специальное – 34 (31%), среднее образование – 13 (12%). Наследственная отягощенность психической патологией установлена у 69 пациентов (64%).

Полученные результаты. Наиболее распространенными типами реагирования на болезнь (методика ТОБОЛ) в обследованной группе оказались Сенситивный и Тревожный. При этом Сенситивный тип (34 наблюдения, 31%) обнаруживал положительную корреляцию с женским полом ($r=0,37$; $p<0,05$), вдовством ($r=0,3$; $p<0,05$), а также возрастом манифеста заболевания старше 45 лет ($r=0,32$; $p<0,05$). У пациентов с Тревожным типом реагирования (34 случая, 31%) выявлена положительная корреляционная связь с мужским полом ($r=0,32$; $p<0,05$), отсутствием детей ($r=0,35$; $p<0,05$), продолжительностью за-

болевания 5 лет и более ($r=0,39$; $p<0,05$). Клиническая картина депрессии имела специфические черты: наличие алгических переживаний различной локализации ($r=0,31$; $p<0,05$), а также выраженность гастроинтестинальных симптомов ($r=0,33$; $p<0,05$). У 22 пациентов (20%) регистрировался Неврастенический тип реагирования, при котором обнаруживались положительные корреляции с чертами застревания ($r=0,32$; $p<0,05$) и эмотивности ($r=0,42$; $p<0,05$) в преморбидном периоде. Анозогностический вариант (8 человек, 7%) коррелировал с высшим образованием ($r=0,36$; $p<0,05$), феноменами деперсонализации и дереализации ($r=0,39$; $p<0,05$), выраженностью депрессии по шкале HDRS ($r=0,35$; $p<0,05$). Паранояльный тип (5 человек, 5%) реагирования чаще наблюдался у лиц мужского пола ($r=0,33$; $p<0,05$), с повторными госпитализациями ($r=0,39$; $p<0,05$), отсутствием трудовой занятости ($r=0,36$; $p<0,05$), находящихся в разводе ($r=0,3$; $p<0,05$), не имеющих детей ($r=0,38$; $p<0,05$), а также с высоким уровнем тревоги по шкале HAM-A ($r=0,41$; $p<0,05$). При Гармоничном типе (5 человек, 5%) отмечалась положительная корреляция с трудовой занятостью ($r=0,39$; $p<0,05$), а кроме того со снижением аппетита ($r=0,35$; $p<0,05$), навязчивыми симптомами ($r=0,38$; $p<0,05$), алгиями ($r=0,32$; $p<0,05$), инсомническими расстройствами ($r=0,30$; $p<0,05$) в структуре клинической картины заболевания.

В обследованной выборке больных почти в равном соотношении были представлены случаи первичного обращения (50 человек, 46%) и повторных госпитализаций (58 человек, 54%). Результаты методики МЦВ в данных группах свидетельствуют о том, что пациенты первой группы при госпитализации, т.е. попав в новую среду, испытывали растерянность, тяготились пребыванием в психиатрическом стационаре, и были озабочены по поводу сохранения своего социального статуса. Для пациентов второй группы была актуальна тенденция подавления выражения негативных эмоций, из субъективного страха нарушить значимые социальные отношения (с медицинским персоналом и родственниками).

Заключение. Выделены наиболее часто встречающиеся типы реакции на психические расстройства пограничного уровня (Тревожный, Сенситивный, Неврастенический), а также наиболее значимые их детерминанты, к которым можно отнести: преморбидные особенности личности, гендерный признак, семейное и социальное положение, в определенной степени кратность госпитализации и длительность самого заболевания. Результаты исследования также свидетельствуют, что изучение феномена внутренней картины болезни, знание закономерностей ее формирования и функционирования, учет этих данных в клинической практике могут являться важными условиями эффективности лечебной работы.

Рыбалко В.О., Ясникова Е.Е. Непсихотические психические расстройства у больных ВИЧ-инфекцией в 4 стадии

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Введение. Заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция) является одной из самых актуальных медико-социальных проблем современного общества (Глобальная инициатива в психиатрии, 2006). Заболевание, которое Всемирная организация здравоохранения признаёт самой серьёзной проблемой современного общества (WHO, AIDS Epidemic Update, 2005), связано с большим количеством медицинских, социально-психологических, правовых, экономических и политических вопросов (Плотникова Ю.К., 2012), одним из которых является психическая патология (Treisman G.J., 2004; Kagee A., 2012). ВИЧ-инфекция, как правило, развивается на изначально неблагоприятном психопатологическом преморбидном фоне (Бородкина О.Д., 2005; Treisman G.J., 2004), на который наслаиваются множество вторичных по отношению к ВИЧ-инфекции психических расстройств непсихотического спектра (Treisman G.J., 2004). В связи с этим возникает необходимость решения ряда вопросов: поиск психодиагностического инструментария для скрининга ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в консультации врача-психиатра, выделение субпопуляций больных на основании признаков течения заболевания, психопатологической картины и степени приверженности/неприверженности, выработка специфических методов психиатрического лечения (Treisman G.J., 2004; Himelhoch S., 2004).

Целью нашего исследования было определение распространенности и типологии непсихотических психических расстройств (НППР), и их значения в приверженности к высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) среди ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в такой терапии.

В связи с поставленной целью решались следующие **задачи**:

1. Изучить распространенность НППР, в том числе аддиктивных заболеваний, у ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в ВААРТ, в зависимости от социально-демографических характеристик больных;
2. Установить связь типа и динамики НППР с течением ВИЧ-инфекции.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 52 больных, госпитализированных в отделение №5 Иркутской Областной Инфекционной Клинической Больницы.

Критерии включения в исследование: стадия ВИЧ-инфекции 4А.

Критерии исключения из исследования: психические расстройства психотического спектра, инфекционные заболевания ЦНС.

Информация, полученная в результате исследования, касалась социально-демографических показателей (пол, возраст), клинических и анамнестических данных ВИЧ-инфекции (год заражения, уровень вирусной нагрузки), клинических и анамнестических данных НППР (тип реагирования на болезнь, предъявляемые жалобы к психиатру) и результатов экспериментально-психологического исследования по методикам общий опросник здоровья (GHQ), шкала депрессии Бека (BDI), симптоматический опросник (SCL), сокращённый многофакторный опросник личности (СМОЛ) и методика «Тип отношения к болезни (ТОБОЛ).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов составил $32,9 \pm 0,78$ лет. Мужчин и женщин практически поровну – 54% и 46% соответственно. Среди пациентов был выявлен низкий образовательный уровень: лишь 15% пациентов имели высшее образование либо являлись студентами ВУЗа. 21% имел средне-специальное образование, остальные 64% не имели законченного среднего образования. У 46% пациентов наследственность была отягощена алкоголизмом отца, у 13,5% - алкоголизмом матери, в том числе у 6% (3 человека) – алкоголизмом обоих родителей. 32,7% больных воспитывались в условиях гиперопеки, 61,5% больных – в условиях гипоопеки. 88,5% подвергались в детстве эмоциональной депривации, 58% - эмоциональной и физической депривации. 21% пациентов подвергались физическому насилию, а 10% - сексуальному насилию в детском и подростковом возрасте. Таким образом, большинство обследованных имеют множественные неблагоприятные микросоциальные влияния в детско-юношеско-подростковом возрасте, что согласуется с ранее проведёнными исследованиями (Бородкина О. Д., 2005; Арсененко Л.Д., 2008).

Было выявлено три пути заражения ВИЧ: (1) парентеральный, связанный с пользованием общим шприцом потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), (2) парентеральный, не связанный с ПИН (переливание крови, медицинские манипуляции), (3) половой (в результате незащищённого полового контакта). Парентеральный путь заражения был выявлен в 25 случаях (48%) у ПИН и в 6 случаях не связанных с ПИН (11,5%), половой – 21 случай (40,5%). ПИН имели статистически бóльший промежуток между постановкой диагноза ВИЧ-инфекции и началом ВААРТ – 9,7 лет ($p < 0,01$) в сравнении с пациентами второй (5 лет) и третьей группы (3,6 лет), при отсутствии статистически значимых различий между группами №2 и №3. Между всеми тремя группами не было выявлено значимых различий в уровне CD4+ и вирусной нагрузке. Таким образом, ПИН является неблагоприятным прогностическим фактором в отношении приверженности к лечению ВИЧ-инфекции.

Из 52 пациентов выборки восемнадцати (35%) был выставлен диагноз расстройства личности кластера В (по DSM-IV). Среди паци-

ентов, страдающих расстройством личности, преобладали женщины (66,6% против 34%, $p < 0,05$), достоверно чаще не состоящие в стабильных отношениях – разведённые и вдовы (39% против 17,5%, $p < 0,05$). В клинической картине заболевания такие пациенты чаще предъявляли при осмотре жалобы к психиатру (61% против 23,5%, $p < 0,01$) и имели половой путь заражения (61% против 29%, $p < 0,05$). В картине реакции на заболевание у пациентов данной группы достоверно реже встречалось «застревание» на стадии анозогнозии (50% против 82%, $p < 0,05$) и достоверно чаще – на стадии «торгов» по Кюблер-Росс (72% против 35%, $p < 0,05$). По результатам клинико-психологического тестирования, пациенты с расстройством личности имели более высокий балл по CAS BDI (11,5 баллов против 6, $p < 0,01$) и общему баллу той же шкалы (19 против 12,7, $p < 0,05$), а также по субшкалам депрессивности и межличностной сензитивности опросника SCL (1,38 против 0,77 и 0,86 против 0,45 соответственно, в обоих случаях $p < 0,05$).

27 пациентам (52%) был выставлен диагноз опийной зависимости в стадии ремиссии. В анамнезе у этих пациентов отмечались достоверно более раннее заражение ВИЧ (2001 против 2006 год, $p < 0,001$) и диагностика (2002 против 2007, $p < 0,001$), бóльшая задержка в начале ВААРТ (9,6 лет против 4,4, $p < 0,001$), а также более редкое воспитание по типу гиперопеки и более частое – по типу гипоопеки (18,5% против 48% и 78% против 44%, $p < 0,05$). По результатам клинико-психологического тестирования выявилось значительное повышение в группе наркозависимых по шкалам возбудимой психопатии и паранояльности СМОЛ (70 против 57 и 60 против 52 соответственно, $p < 0,05$).

16 пациентов (31%) страдали алкогольной зависимостью. Среди них достоверно выше был возраст (34,8 лет против 32,4, $p < 0,001$) и вирусная нагрузка (357000 копий HIV/мл против 208000, $p < 0,05$). В среднем в этой группе диагноз ВИЧ-инфекции был выставлен раньше (2002 год против 2005, $p < 0,05$), а также отмечалась бóльшая задержка с момента постановки диагноза ВИЧ-инфекции до начала ВААРТ (9,2 года против 6,2 года, $p < 0,05$).

Данные группы частично пересекались: 21 пациент (40%) не имел ни одного наркологического диагноза, а 12 (23%) имели оба. Пациенты без аддиктивной патологии имели меньшую вирусную нагрузку (171500 против 342000, $p < 0,05$), достоверно более позднее заражение ВИЧ (2006 год против 2000 год, $p < 0,05$) и диагностику (2007 год против 2001, $p < 0,01$), а также меньшую задержку в начале ВААРТ (4,6 лет против 11,4, $p < 0,001$). Пациенты, страдавшие только одной химической зависимостью, также имели достоверные различия с группой пациентов, одновременно имеющих алкоголизм и наркоманию. Эти различия касались года постановки диагноза ВИЧ-инфекции (2006 год

против 2001, $p < 0,05$) и задержки в начале лечения (7,3 года против 11,4, $p < 0,05$). Это подтверждает литературные данные о том, что любая химическая зависимость негативно влияет на клинические показатели ВИЧ-инфекции, а сочетанная зависимость от алкоголя и опиатов оказывает ещё более тяжёлое влияние.

У 23 пациентов (44%) ВААРТ была начата в связи с развитием осложнений ВИЧ-инфекции (симптомное течение ВИЧ), у остальных 29 (56%) - в связи с иммунологическими показателями (бессимптомное течение ВИЧ). Среди пациентов «бессимптомной» группы отмечались достоверно более низкие показатели по шкале фобической тревожности опросника SCL (0,48 против 0,78, $p < 0,05$) и общему числу предьявляемых симптомов (27 против 41, $p < 0,001$). Согласно результатам опросника ТОБОЛ, пациенты бессимптомной группы набрали больше баллов по шкале анозогнозического (14,5 против 7,6, $p < 0,05$), и меньше – по шкалам тревожного, ипохондрического, апатического и сензитивного типов реагирования на болезнь (7,7 против 13; 7,9 против 14; 4,3 против 10; 12 против 18,3; $p < 0,05$ во всех случаях). Полученные данные могут свидетельствовать о том, что для пациентов с бессимптомным течением заболевания более характерен тип реагирования на болезнь, при котором проблемы с приверженностью возникают не вследствие психопатологических симптомов, а вследствие анозогнозии.

Заключение. Четвертая стадия ВИЧ-инфекции сопровождается рядом психических расстройств непсихотического уровня, таких как расстройства личности, аффективная патология и химические зависимости.

В анамнезе данный контингент имеет множественные неблагоприятные влияния в детско-подростково-юношеском возрасте. При этом эмоциональная депривация в детстве и сексуальное насилие в юношеском возрасте достоверно были связаны с меньшей приверженностью к ВААРТ в последующем.

Установлено, что лица, имеющие алкогольную и/или наркотическую зависимость, достоверно раньше заражаются ВИЧ и позже начинают лечение ВААРТ в сравнении с пациентами, не имеющими химической зависимости. При этом лица, страдающие алкогольной и наркотической зависимостью одновременно, имеют ещё большие различия по этим показателям с остальными.

Лица с бессимптомным течением ВИЧ-инфекции имеют меньше баллов по тревожному, ипохондрическому, апатическому и сензитивному типам реагирования на болезнь, но больше – по анозогнозическому (по данным какой шкалы). В данной группе пациентов причиной низкой приверженности может являться не выраженность симптоматики, а её отсутствие, что требует помощи со стороны врача-психиатра, психотерапевта и медицинского психолога.

Среди ВИЧ-инфицированных, получающих ВААРТ в стационарных условиях, выделена группа лиц, страдающих расстройствами личности кластера В по DSM-V. В этой группе пациентов чаще встречаются женщины, не состоящие в стабильных семейных отношениях и имеющие половой путь заражения. Среди данных лиц реже встречается анозогнозия, чаще – «магическое мышление», снижающее стабильность лечения из-за противоречивого отношения к нему.

Удачным диагностическим инструментом можно признать когнитивно-аффективную субшкалу шкалы депрессии Бека (CAS BDI), чувствительной к психическим расстройствам непсихотического спектра, в том числе расстройствам личности, что позволяет рекомендовать данный опросник для психопатологического скрининга ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в консультации врача-психиатра.

Таким образом, имеется значительный потенциал повышения качества жизни и приверженности к ВААРТ ВИЧ-инфицированных на 4 стадии заболевания посредством вмешательства психиатра, нарколога, психотерапевта. При этом внутри популяции ВИЧ-инфицированных, принимающих ВААРТ, выделяется несколько подгрупп, имеющих различные актуальные и потенциальные проблемы в области приверженности, что требует дифференцированного подхода к диагностике и лечению таких больных.

Собенников В.С. Психопатологическое моделирование соматизации и соматоформных расстройств

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Соматизированные психопатологические расстройства, т.е. патологические состояния психической сферы, проявляющиеся «псевдосоматическими» симптомами являются одной из ключевых проблем современной психосоматики. Это связано, как с существующими в настоящее время трудностями диагностики и организации помощи больным, так и недостаточной теоретической и таксономической разработкой данного раздела психической патологии. Такая ситуация определяется не только и не столько собственно диагностическими трудностями, хотя они имеют существенное значение, но, даже в большей степени, опосредована нерешенными организационными вопросами, в частности обособленностью психиатрической помощи, известной стигматизацией психиатрической диагностики, процесса наблюдения и лечения у психиатра. Нерешенные в этой области проблемы способствуют существенному социально-экономическому обременению общества, так как контингент таких пациентов состав-

ляет когорту «трудных больных», потребляющих значительный объем ресурсов здравоохранения.

Для психиатров соматизированные психопатологические расстройства также являются разделом, имеющим нечеткие диагностические дефиниции и размытые границы. Подобные состояния традиционно рассматриваются в рамках истероконверсионных, тревожных, аффективных (соматизированная депрессия) и сенестоипохондрических состояний, в том числе в рамках малопрогредиентной шизофрении. В современных классификациях МКБ-10, DSM IV, на основе формализованных и базирующихся на описательных характеристиках критериях, осуществлена попытка выделения их в отдельный кластер - «соматоформные расстройства». Однако такое решение, с одной стороны – значительно сузило их спектр, с другой - отнюдь не способствовало уточнению многих сложных вопросов, связанных с их этиологией и патогенезом, обоснованием терапии и подходами к реабилитации. Следствием является неоднозначная диагностическая оценка специалистами, значительный разброс и противоречивость статистических выводов, нечеткость терапевтических рекомендаций.

В историческом контексте, в возникновении невротических и психосоматических нарушений, начиная с работ З.Фрейда, универсальное значение придается тревоге. Выделяя «актуальные неврозы» З.Фред рассматривает три отдельных синдрома: неврастению, невротическую тревогу и ипохондрию (Freedman A.M., et al., 1967). Ипохондрия, по его мнению, есть результат взаимного наслаения неврастении и невротической тревоги. Тревога, лежащая в основе актуальных неврозов, продуцируется суммацией психического напряжения и действия эндогенных «токсинов» при неудовлетворении сексуального влечения, в то время как истерия по З.Фрейду имеет исключительно психогенную этиологию и относится к психоневрозам (Ferenczi S., 1952). Автор отграничил соматоформные симптомы тревоги (потливость, головокружение, дисфункции желудочно-кишечного тракта), которые, по его мнению, возникают вследствие прямой трансляции психического напряжения в соматическую сферу, от конверсионных, связанных с деятельностью «Я» по нейтрализации фрустрирующих конфликтных переживаний и переводу их «суммы возбуждений» в область телесности. В определенном приближении эти представления находят отражение в современной классификации МКБ-10, где диссоциативные и соматоформные расстройства разделены и представлены в различных рубриках. Исследования последних десятилетий подтверждают неоднородность «соматической», в т.ч. свойственной па-

ническим состояниям и «фобической», «когнитивной», осознаваемой тревоги (Калинин В.В., 1996; Cloninger G.R., et al., 1990). В рамках соматоформных нарушений также выделяются оппозиционные состояния в контексте преобладания чувственных и идеаторных нарушений в сфере соматопсихики: соматизация и ипохондрия.

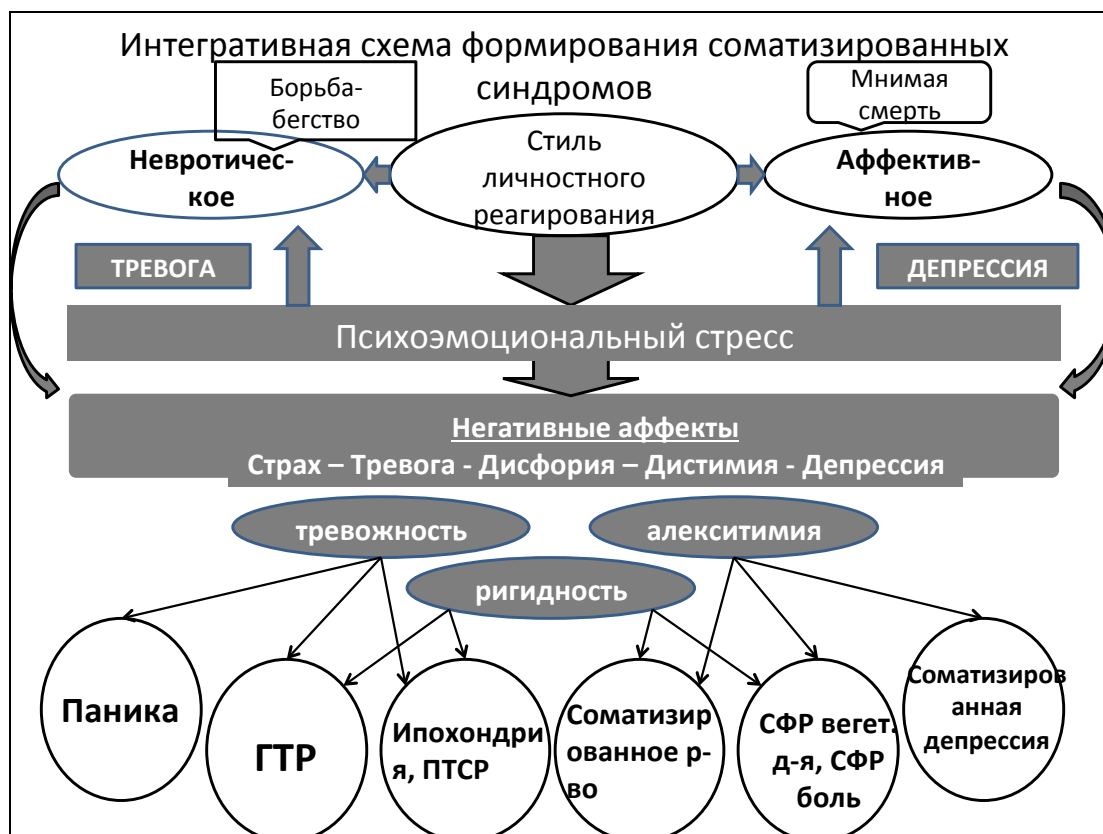
Классификационная система МКБ-10, постулирующая возможность отказа от жесткой иерархической нозологической оценки на основе теоретических положений коморбидности открывает новые подходы к систематике данных состояний. Выделяются смешанные состояния, предполагающие учет субсиндромальных форм расстройств, что может распространяться и на связь депрессии и тревоги с соматоформными симптомами. Такая исходная позиция представляется нам вполне достаточной для построения общей концептуальной модели психопатологических расстройств с наличием соматизированных симптомов, с учетом их эволюционного значения, генетического разнообразия, а также положения в клинике функциональных (неорганических) психических заболеваний.

В основе взаимопроникновения эмоциональных симптомов и телесных ощущений, согласно А.Д. Зурабашвили (1970), лежат присущие всем живым существам первичные, механизмы сигнализации о неблагополучии в форме боли. В процессе филогенеза, боль (или условнорефлекторное ожидание её), преобразуется в эмоцию тревоги-страха, а страх, приближаясь к регистрам личности, принимает характер депрессивного переживания. В отечественной литературе, ещё более полувека назад, феномен соматизации нашел обоснование в концепции «койнестопатии» М.И.Аствацатурова (1939), предполагающую внутреннюю связь ощущений центрального генеза с эмоциями, посредством системного анатомофизиологического единства. Эти взгляды подтверждаются клиническими наблюдениями, свидетельствующими о тесной спаянности соматизированных нарушений с тревожно-депрессивным аффектом, что отражено в описательной части соматоформных расстройств, классификации МКБ-10. Аффект, сочетаясь с сенсорными и когнитивными элементами соматизированных расстройств, формирует для них своеобразный «тимопатический базис». В зависимости от представленности тревоги-депрессии и соматизации-ипохондрии все расстройства с явлениями соматизации возможно рассматривать в рамках континуума: Паническое расстройство – ГТР – Ипохондрия и ПТСР – Соматизированное расстройство – Со-

матоформная вегетативная дисфункция и Соматоформная боль – Соматизированная депрессия. Все эти нарушения с этиопатогенетической точки зрения соответствуют модели «стресс-диатеза» и их можно анализировать, как расстройства аффективно-невротического спектра. При этом ключевой проблемой становится концептуализация их клинико-психопатологического разнообразия. Прежде всего, возникает вопрос, что определяет доминирование тревоги, либо депрессии в структуре тимопатического базиса.

С учетом данных литературы, возможно допустить, что эволюционными истоками становления патологического реагирования в рамках аффективно-невротического спектра, являются общебиологические механизмы ответа на меняющиеся средовые влияния – стрессорная реакция, а применительно к обсуждаемым состояниям психоэмоциональный стресс с характерными генетически детерминированными паттернами защиты: «борьбы-бегства» или «оцепенения-мнимой смерти». Стрессорные реакции включают активацию гипоталамус-гипофиз-надпочечниковой оси, что в клинике наблюдается, как при формировании невротических расстройств (тревога) так и депрессии. При этом затяжной, с тенденцией к хронификации характер патологических состояний может быть обусловлен гипоталамо-лимбико-ретикулярными кольцами застойного возбуждения (Александров Ю.И., 2012). Можно предположить, что в преформированном виде (вследствие социально-психологической природы человека), данный механизм способствует формированию отмеченного особого, аффективно-невротического регистра нарушений, пограничного между невротической и аффективной патологией, клинические проявления, которого включают сочетание депрессии, тревоги и соматизации. Психопатологическая вариативность таких нарушений связана, очевидно, с конституционально детерминированным типом реагирования на психоэмоциональный стресс: в форме тревожно-невротического, являющегося дериватом «борьбы-бегства», или депрессивного (дериват реакции «оцепенение-мнимая смерть» (рис.1). Для становления завершенной клинической картины соматизированных синдромов требуется преломление тревожно-депрессивного аффекта сквозь призму целостного личностного реагирования, предполагающего участие индивидуального опыта и когнитивного стиля с формированием смешанного по механизму развития аффективно-невротического патологического состояния.

Рисунок 1. Интегративная схема формирования соматизированных синдромов.



Невротическое реагирование, представляется производным филогенетически первичной реакции «борьбы-бегства» Его базисным эмоциональным комплексом является континуум «ярость-страх-тревога». На личностном уровне эквиваленты ярости (вследствие социальных влияний) могут блокироваться конверсией с формированием клиники истероконверсивной соматизации, а эквиваленты страха-тревоги определяют фиксацию и руминацию – тревожно-фобическая соматизация (обсессивно-фобическая ипохондрия). Аффективное реагирование является производным реакции «оцепение-мнимая смерть». Базисным эмоциональным комплексом здесь выступает континуум тревога-депрессия-апатия. Алекситимия – способствует актуализации фантома «мнимой смерти» на чувственном уровне – формируется депрессивная соматизация; При доминировании личностной тревожности (сенситивность) на первый план выступает соматическая тревога (ПР, ГТР).

С учетом данных литературы и результатов исследований проведенных на кафедре психиатрии и медицинской психологии ИГМУ, в период 2000 – 20014 гг., в патогенетическом отношении, можно отметить значение таких личностных детерминант как:

1.сенситивность, 2.ригидность, 3.алекситимия. В зависимости от вклада данных личностных детерминант в оформление клинической картины, спектр соматизированных расстройств аффективно-невротического регистра можно представить в виде клинко-психопатологической совокупности, предполагающей динамические взаимосвязи и взаимные переходы (рисунок 2.).

Тимопатической базис данных состояний следует рассматривать в виде континуума, включающего основные элементарные аффекты - тоску, тревогу и апатию, что согласуется с положением о сложной структуре аффективного синдрома, (Вертоградова О.П., 1998). Такой подход, базируется на более широкой трактовке понятия «аффект», исходя из семантики его первоначального значения, как «модуса бытия» (Спиноза Б., цит. по Вельтищеву Д.Ю., с соавт., 2008). В рамках означенных сочетанных нарушений, это позволяет соотносить понятие «аффект» и «аффективные расстройства» как с депрессией, так и тревогой. Зоны перекрытия симптомов тревоги, апатии и депрессии иллюстрирует рисунок 3.

Основываясь на приведенных данных и концептуальных сообщениях, представляется возможным очертить общее психопатологическое пространство соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств (рис. 4). С учетом принятого в психиатрической литературе множественного значения термина «депрессия» (как синдромального образования, аффективного состояния, нозологической сущности), в контексте данного обсуждения, более корректно будет оперировать понятием – «гипотимия».

В соответствии с психопатологической структурой и в зависимости от выраженности депрессивных, либо тревожных компонентов, а также соотношения соматизированных, и ипохондрических феноменов, весь их спектр, ранжируется относительно двух взаимопересекающихся осей – тимопатической (ось депрессия-тревога) и соматопсихической (ось соматизация-ипохондрия). Каждая из них представляет собой непрерывный континуум смешанных состояний, при этом альтернативное, оппозиционное положение занимают лишь крайние состояния каждого континуума. Если анализировать континуум депрессия-тревога, такую позицию может занимать «эндогенорморфная» депрессия с соматическими симптомами (тоскливый аффект, агедония, психомоторное торможение, редукция витальных влечений, суточный ритм, периодическое течение) с одной стороны и генерализованное

тревожное расстройство (диффузная когнитивная и соматическая тревога) – с другой.



Рисунок 2. Динамические связи соматизированных расстройств.



Рисунок 3. Симптомы тревоги, апатии, депрессии.

Вторая ось образована континуумом соматопсихических расстройств от нарушений с доминированием чувственных элементов, до состояний с преобладанием идеаторных ипохондрических феноменов. Система координат (X; Y) ранжирует проявления тревоги в направлении к «соматическому» её фенотипу (Y), либо «когнитивному» (X).

Исходя из данного принципа группировки, центральное положение, в области пересечения осей, очевидно, должен занять симптомокомплекс с преобладанием явлений «негативной» аффективности (Смулевич А.Б. с соавт., 1997) и изменением общей чувствительности в виде диффузного снижения чувства витальности - *vigor vitalis*. Такой психопатологической структуре соответствует сочетание апатического аффекта, с наличием «стабильной и глобальной анестезии без признаков её болезненности» (Вельтищев Д.Ю., с соавт., 2008) и переживание утраты жизненного тонуса с чувством физической слабости, миастеническим оттенком телесного восприятия, бессилием – «астеноапатическая гипотимия» (Собенников В.С., 2001). Действительно, утрата энергии и утомляемость выражены у 73% больных депрессией (Lecrubier Y., 2006). Подобные особенности клиники депрессии, выделены, как характерные, среди пациентов общесоматической поликлиники с наличием соматизированных расстройств (Степанов И.Л., 1991). Именно психопатологические элементы астеноапатической гипотимии формируют основу диффузного чувства изменения жизнедеятельности, физического неблагополучия - «девитализацию» по Alzen V. (1961), что в свою очередь, способствует оформлению чувства беспомощности и безнадежности, которое трактуется как центральный компонент содержательной стороны депрессии (Schmale A.H., 1972). При рассмотрении расстройств пограничного уровня, подчеркивая тесную связь эмоционального переживания, астении и диффузного изменения телесной чувствительности, А.К.Ануфриев (1985) выделял «астено-девитализационную дистимию», как один из вариантов «внутренней первоосновы невротической структуры» при невротической депрессии и ипохондрии. Очевидно, что на чувственном уровне данное состояние характеризуется тесной спаянностью с диффузным изменением общего чувства тела - «коэнестеziопатией».

Представляя собой центральное звено, астеноапатическая гипотимия, при включении личностно-реактивных механизмов, может формировать основу для более дифференцированных аффективно-

соматоформных симптомокомплексов, тимопатический базис, которых носит смешанный, тревожно-депрессивный характер. Типологические особенности данных симптомокомплексов зависят от доминирующего модуса личностного реагирования, определяющего направление невротического синдромогенеза. Так, в зависимости от индивидуально-личностных особенностей, тревога в структуре аффективно-соматоформных нарушений, может реализоваться соматическим, либо когнитивным вариантом, или, как результат интрапсихической переработки - вуалироваться процессами соматизации и деперсонализации¹. При этом, на клиническом уровне, происходит формирование спектра тревожно-депрессивных расстройств, отличающихся механизмами переработки тревоги и степенью её осознания. В зависимости от уровня осознания тревоги, выделяются две оппозиционные пары состояний: первая - паника (соматическая тревога) и анестетическая гипотимия (деперсонализация), вторая - тревожная (когнитивная тревога) и соматизированная (соматизация) гипотимия. Необходимо заметить, что первый элемент каждой пары отличается более высоким уровнем осознания тревоги, тогда как в клинической картине второго – тревога трансформирована (конвертирована) в иные психопатологические феномены. Соответственно на схеме они располагаются в зонах доминирования тревожного, либо депрессивного аффекта. В психопатологическом отношении выделенные расстройства, по видимому, не представляют собой окончательно дифференцированные, стабильные состояния. Это подтверждается тенденцией к их видоизменению в динамике.

Завершенные психопатологические состояния характеризуются большей выраженностью черт, определяющих тяготение к невротическому, либо аффективному регистру. На нашей схеме они представлены во внешнем поле означенной плоскости (рисунок 10.6). В зависимости от преобладания соматизированных или ипохондрических элементов в их клинической структуре, также можно выделить два ряда состояний. В первом случае это - социальные фобии (главным образом эрейтофобия), агорафобия, ГТР, навязчивости в форме овладевающих ощущений (Смулевич А.Б., с соавт., 1992) и, далее, нозофобия. Во втором - соматизированная депрессия с преобладанием телесных

¹ Деперсонализация может рассматриваться как вариант «... патологической защитной реакции на чрезмерно интенсивную и угрожающую нарушением гомеостаза тревогу...» (Нуллер Ю.Л., 1997).

фантазий (Буренина Н.И., 1997), либо витальных ощущений, а также депрессия с меланхолическим, деперсонализационным (в т.ч. с нигилистическим фабулированием) и ипохондрическим радикалом.

Таблица 1. Данные функциональной психопатологии. Клинические эффекты дефицита биогенных аминов.

Данные функциональной психопатологии

Дефицит дофамина	Дефицит серотонина	Дефицит норадреналина
<ul style="list-style-type: none"> • Ангедония • Апатия • Аспонтанность • Уплощенный аффект • Эмоциональная отгороженность • Затрудненное абстрактное мышление • Нарушение плавности и содержательности мышления 	<ul style="list-style-type: none"> • Сниженное настроение • Тревога • Приступы паники • Фобии • Обсессии и компульсии • Булимия • Боли 	<ul style="list-style-type: none"> • Трудности концентрации внимания • «дефицит» рабочей памяти • Замедление информационных процессов • Боли • Сниженное настроение • Моторная заторможенность • Утомляемость

Предложенная схематическая группировка соматизированных и соматоформных состояний, в сочетании с данными функциональной психопатологии, предполагает возможность формулировки неких обобщенных терапевтических рекомендаций. Согласно современным представлениям (Stahl S.M., 2005), относительный дефицит дофамина - определяет агедонию, аспонтанность, уплощенный аффект, апатию, эмоциональную отгороженность, а также когнитивные затруднения (нарушение плавности мышления, трудности абстрагирования). Дефицит серотонина опосредуют такие симптомы как приступы паники, сниженное настроение, тревога, фобии, обсессии и компульсии, булимию. Относительное снижение норадренергической медиации сопровождается снижением настроения, трудностью концентрации внимания и нарушениями памяти, замедлением информационных процессов, моторной заторможенностью, болевыми ощущениями и утомляемостью (рис. 4).

Сопоставление клинико-психопатологических особенностей расстройств в рамках выделенных состояний и данных функциональной психопатологии позволяют констатировать дефицит серотонина при формировании нарушений расположенных слева от центра выделенной координатной сетки и выбор для их терапии препаратов из группы СИОСЗ. Состояния, локализующиеся в правой части, вероятно, связаны с относительным дефицитом норадреналина, поэтому предпочтителен выбор СИОЗН (лудиомил, миансерин), а также (с учетом типичности нарушения циркадианных ритмов) - Вальдоксана. С преобладанием дефицита дофамина, на фоне недостаточности всех трех моноаминов, очевидно, необходимо связать развитие аффективных расстройств располагающихся в центральной зоне (астенопатическая гипотимия и примыкающие к ней состояния - паника, тревожная, соматизированная и анестетическая гипотимии) - схема 1. Терапия данных нарушений требует применения полимодальных препаратов (имипрамин, велаксин в высоких дозах).

Конечно, терапия аффективно-соматоформных расстройств, принимая во внимание симптомы, ранжирующиеся по оси соматизация-ипохондрия, должна обязательно быть комбинированной, включающей иные классы психофармакологических средств (транквилизаторы, малые нейрорептиктики, антиастенические, ноотропные). В зависимости от доминирования соматизированных, либо ипохондрических симптомов, могут быть рекомендованы транквилизаторы в случае расстройств, расположенных в верхней трети координатной плоскости (социальные фобии, телесные фантазии, витальные ощущения). Тимотранквилизаторы (алпразолам) предпочтительны при расстройствах, принадлежащих к центральному уровню (агорафобия, паника, соматизированная, тревожная, анестетическая гипотимии).

Нейрорептиктики (тералиджен, этаперазин) показаны при наличии расстройств локализующихся в нижней трети координатной плоскости (ГТР, овладевающие ощущения, нозофобия, сверхценная ипохондрия).

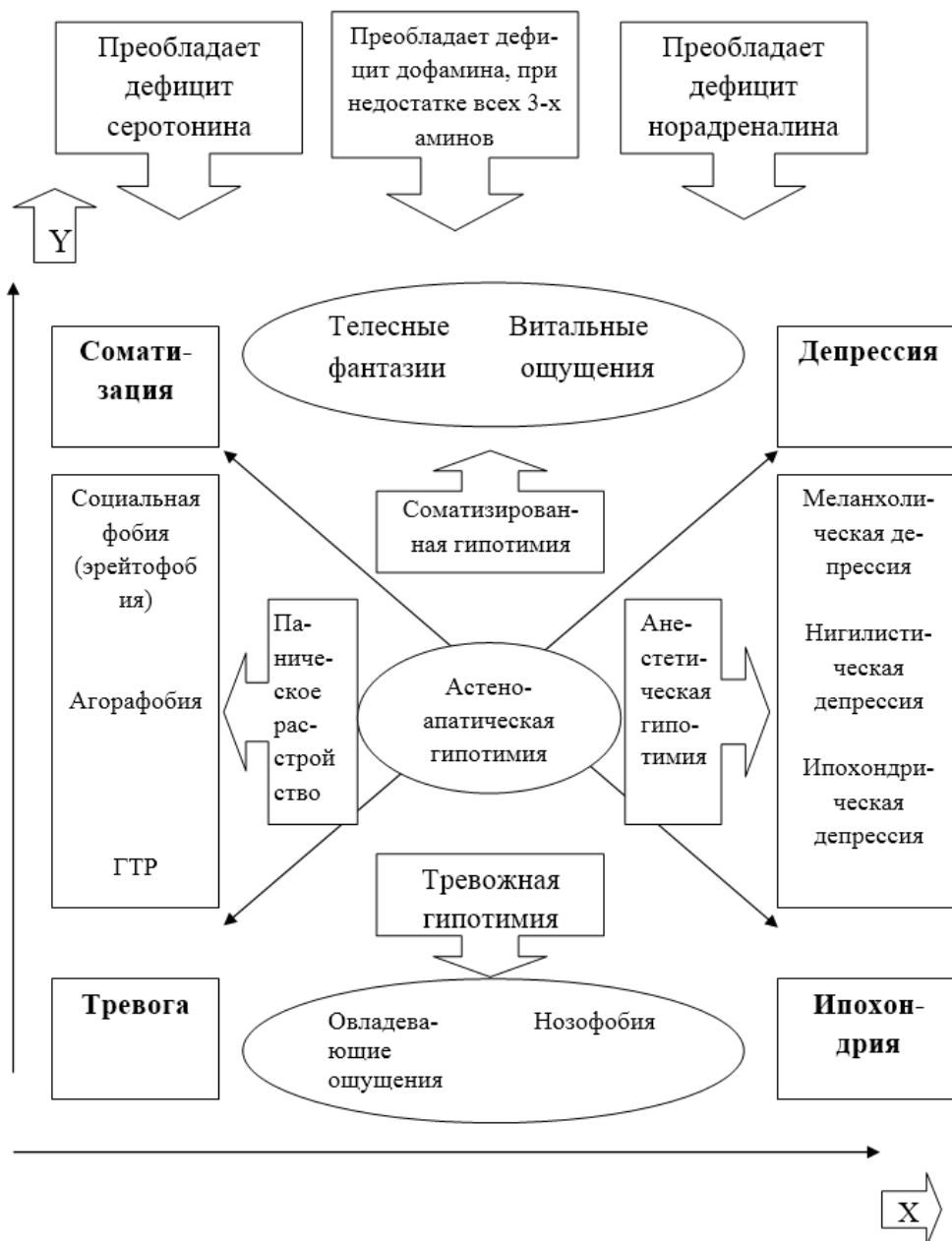


Рисунок 4. Схема единого психопатологического пространства аффективно-соматоформных расстройств.

В заключении следует подчеркнуть, что предлагаемая схематическая группировка аффективно-соматоформных расстройств, в рамках обобщенной психопатологической модели, носит достаточно условный, не претендующий на обоснование всех связей и отношений характер. Однако, на этапе недостаточной клинической определенности обсуждаемых расстройств, может служить неким вспомогательным ориентиром при практической диагностике и выборе терапии, особенно в общемедицинском звене.

Собенникова В.В. Выявление расстройств биполярного спектра в общесоматической сети

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Данные литературы последних десятилетий свидетельствуют о высоком уровне научного интереса исследователей разных стран к проблеме БАР. В частности, активно обсуждается концепция широкого спектра расстройств биполярного спектра: от «классического», описанного психиатрами прошлого до выделенных, относительно недавно, БАР-II, «подпорогового БАР», биполярного расстройства, вызванного приемом антидепрессантов и т.д.

Считается, что суммарная частота расстройств биполярного спектра может достигать 5%, с преобладанием пациентов, страдающих расстройством второго типа. Выделение БАР-II существенно расширило границы представлений о распространенности данных состояний, коренным образом трансформировало существовавшие ранее терапевтические подходы, изменило мнение о динамике указанных расстройств. Несмотря на широкий интерес исследователей, сохраняются трудности диагностики БАР-II даже среди психиатрического контингента. Еще более сложной задачей является изучение распространенности указанных состояний среди лиц, наблюдающихся в общесоматической сети. Между тем, в литературе приводятся данные о высокой частоте сочетания БАР и коморбидных психических, а также соматических расстройств. Качество диагностики БАР-II в общесоматической сети может повышаться за счет привлечения скрининговых шкал, например, шкалы диагностики расстройств биполярного спектра (BSDS).

Цель исследования: выявление биполярного расстройства II типа среди контингента соматической поликлиники.

Материал и методы: с целью выявления «мягких» расстройств биполярного спектра среди непсихиатрического контингента проведено скрининговое тестирование группы лиц - сотрудников крупного предприятия г. Иркутска, проходивших ежегодный профилактический осмотр, в условиях соматической поликлиники (n=625), из них мужчин 369(59,0%), женщин 256(40,9%). Средний возраст составил 45±12,8 лет. По образовательному уровню преобладали лица со средне-специальным и высшим образованием (38,9% и 34,1% соответственно). Большинство лиц состояло в браке – 417 чел. (66,7%),

однако в анамнезе 117 чел. (18,7%) имелись указания на неустойчивость семейных отношений (повторные браки, разводы, одиночество). Трудовой анамнез лиц изученной группы характеризовался стабильностью, однако 217 чел. (34,7%) работали не по специальности. В половине случаев (315 чел. -50,4%), у лиц исследуемой группы имелись (диагностированные в разные годы) соматические заболевания. В порядке частоты убывания: 61(9,8%) случай заболеваний ЖКТ; 56(9,0%) – заболеваний ССС; 55(8,8%) – заболеваний ЛОР-органов; 47(7,5%) – заболеваний эндокринной системы; реже встречались заболевания мочеполовой, костно-суставной, нервной систем.

Основной метод исследования – клинический, в качестве оценочного инструмента применялась шкала диагностики расстройств биполярного спектра (BSDS), интерпретация результатов позволяет оценить вероятность наличия расстройств биполярного спектра, как «весьма», «умеренно», «низко» и маловероятное, в зависимости от количества набранных баллов. Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета Statistica 6.0

Результаты: 88 чел.(14,1%) оценили предложенные вопросы, как «абсолютно» или «довольно точно» подходящие к ним. 277(44,3%), как «в какой-то степени подходящие, но незначительно», 251(40,2%), как «полностью к ним не подходящие».

Наиболее частыми положительными ответами явились: «настроение или энергия время от времени значительно меняются»-280 (44,8%), «настроение или энергия иногда очень низкие, а иногда очень высокие»-215 (34,4%). Наименее часто положительные ответы были даны на утверждения: «иногда их поведение в такие периоды подъема кажется странным или раздражает окружающих» -38 (6,1%); «иногда они ощущают безнадежность или хотят умереть»-51 (8,16%). Такие особенности ответов отражают «мягкость» аффективных расстройств с, преимущественно, субъективным ощущением колебаний настроения, при отсутствии объективно регистрируемых поведенческих нарушений.

Последующая интерпретация теста предполагает три варианта результатов: 19 баллов - «весьма вероятно биполярное расстройство»; 11-18-«умеренная вероятность»; 6-10-«низкая вероятность». Результаты, превышающие 11 баллов, обнаружались в 68 случаях (10,9%), из них превышающие 19 баллов – в 11(1,76%). Дальнейший анализ показал, что высокую и умеренную вероятность биполярного расстройства

несколько чаще обнаруживали лица женского пола, однако различия не достигали статистически значимых. В анамнезе указанных лиц достоверно чаще ($p \leq 0,05$) отмечалась неустойчивость семейной и трудовой адаптации (одиночество, разводы, повторные браки, работа не по специальности). Также лица с высоко вероятностным БАР, несколько чаще страдали соматическими заболеваниями (различия статистически не значимы).

Таким образом, проведенное исследование, позволило выявить признаки БАР-II умеренной (10,9%) и высокой (1,76%) степени вероятности в выборке лиц, наблюдающихся в соматической поликлинике. Обнаруженные социально-демографические особенности, сочетание признаков БАР и соматической патологии среди указанного контингента соответствуют данным литературы и подтверждают «чувствительность» шкалы BSDS и удобство ее применения для скринингового тестирования «мягких» расстройств биполярного спектра.

Уманский С.В. Психосоматические соотношения в контексте типологии и терапии функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы

Областная клиническая больница, Курган

Актуальность проблемы клинической интерпретации функциональных невротических расстройств в аспекте их связи, с одной стороны – психогенной, а с другой - с широким кругом личностной патологии и психических заболеваний (эндогенных, органических и др.) не вызывает сомнения. И хотя существует несколько теорий, наиболее научно обоснованным является концепция, допускающая сосуществование невротических симптомокомплексов как отдельных синдромов с признаками другой патологии. Такой подход перспективен при изучении функциональных психосоматических расстройств, выступающих в форме органических неврозов, так как позволяет учитывать сложность патогенетических взаимоотношений (Вейн А.М. и др., 1997; Смулевич А.Б. и др., 2000)

Органный невроз как понятие формировалось в рамках исследований функциональных расстройств внутренних органов. Такие термины как кардионевроз, невроз сердца, нейроциркуляторная дистония, псевдостенокардия, синдром Да Коста и др. хотя и представляют архаику и по большей части ушли из научной литературы, продолжают

присутствовать в умах практических врачей (Белокрылова М.Ф. и др., 2001).

Функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы (ССС) относятся к одной из наиболее распространенных форм психосоматической патологии. По современным эпидемиологическим данным распространенность ФРССС среди населения достигает 15-18% на протяжении жизни. Результаты многочисленных исследований достоверно свидетельствуют о высокой частоте (от 68 до 100%) и значительном полиморфизме психических расстройств у больных с ФРССС (Unutzer J. et al., 2006) Типизация таких расстройств и их терапия часто сопряжены с большими сложностями (Смулевич А.Б. и др., 1999, 2000). Также возникает много вопросов по поводу курации данного контингента больных (Шмуклер А.Б., 1992).

Целью исследования являлось изучение психических расстройств коморбидных функциональным расстройствам ССС в аспекте психопатологии, клиники и оптимизации терапии.

Материал и методы. В исследование было включено 106 больных с функциональными расстройствами ССС (60 женщин и 46 мужчин, средний возраст 49,1±5 лет). Критериями включения являлось отсутствие соматической патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, подтвержденной лабораторными, инструментальными методами и заключением кардиологов.

В исследовании использовались психопатологический (Тест ММРІ, тест Тейлора, шкала депрессии Гамильтона, Гиссенский опросник соматических жалоб), инструментальный (УЗИ, ЭКГ), клинический, клинико-статистический методы.

Все пациенты в зависимости от преобладающего кардиологического синдрома были разделены на три группы. В первую группу с кардиалгическим синдромом вошли 29 пациентов (16 ж. и 13 м.). Вторую группу с нестабильным артериальным давлением составили 51 пациент (30 ж. и 21 м.). В третью группу с нарушениями сердечного ритма вошли 26 пациентов (14 ж. и 12 м.). У всех пациентов была выявлена коморбидная психическая патология.

Результаты. У пациентов с функциональными расстройствами ССС психическая патология определялась аффективными (26 больных, что составило 24,1%), тревожно-фобическими (23-21,1%), ипохондрическими (19 -17,9%), диссоциативными (16-15,1%) расстройствами, соматоформной вегетативной дисфункцией сердечнососуди-

стой системы (17 -16,0%) и вялотекущей ипохондрической шизофренией (5 - 4,7%).

Психопатологические синдромы (тревожный, депрессивный и ипохондрический) вне зависимости от нозологической принадлежности выявили определенную закономерность.

У пациентов с кардиалгиями диагностированы наименьшие уровни тревоги, депрессии и ипохондрии. Напряженность эмоционального состояния обусловлены повышенными уровнями тревоги и депрессии. Максимальные величины тревоги, депрессии и особенно ипохондрии отмечены у пациентов с нарушениями сердечного ритма.

Анализируя результаты исследования можно заключить, что клиническую картину определяет не нозологическая принадлежность психического расстройства (хотя оно и было первично), а соматическая составляющая, представленная в виде функциональных кардиологических расстройств и реакции пациента на них.

Основным методом лечения больных функциональными расстройствами ССС с коморбидными психическими расстройствами является комплексная терапия, включающая психотропные препараты и соматотропные средства, нормализующие функции ССС, а также различные методы психотерапии.

Психотерапевтам, проводящим лечение пациентов с функциональными расстройствами ССС предпочтительнее использовать клинический подход (психосоматические и биопсихосоциальные концепции значительно ближе врачам-интернистам, по духу и пониманию, нежели психологические теории). При клиническом подходе должны учитываться особенности личности больных, их реагирование на заболевание, регистр психических нарушений, выраженность соматической патологии и её «вклад» в психические и поведенческие расстройства. Воздействие на больных с коморбидной психической патологией должно быть системным и многоуровневым.

Лечебно-реабилитационные программы для пациентов ФРССС включали 3 этапа (кризисный, базисный и поддерживающий).

На первом (кризисном) этапе лечения проводился подбор психофармакологических средств, адекватных доз, купирующих аффективно-насыщенную психическую патологию и соматические симптомы. В диагностическом плане важнейшим моментом было исключение органической кардиологической патологии. Для терапии использовались средние дозы транквилизаторов (релиум, сибазон, фе-

назепам, атаракс, диазепам, алзолам и др.) и небольшие дозы нейролептиков, антидепрессантов. Соматотропная терапия была обусловлена доминирующей кардиологической патологией (гипотензивные, антиаритмические, метобалические и т.п. препараты). На данном этапе лечения пациентов с ФРССС основной задачей психотерапевта было формирование качественного терапевтического альянса. Используемый психотерапевтический подход основан на синергетических принципах, отражающих два важнейших момента – формирование психотерапевтического альянса и оказание топорически выверенного психологического воздействия (Уманский С.В., Семке В.Я., 2008). При формировании качественного психотерапевтического альянса необходимо соблюдать принципы антропоцентризма (пациент и его проблемы всегда на первом плане и в фокусе внимания психотерапевта), ответственности, безусловного принятия пациента и подстройки к нему. При этом врач всегда активен и иерархически доминантен (Уманский С.В., 2007, 2012).

Предлагаемые психотерапевтические методики быть понятными и привлекательными для пациента. Психотерапевтическое воздействие осуществлялось посредством релаксационных и суггестивных методик.

На втором этапе (базисная терапия) проводилась коррекция в медикаментозном лечении. При отсутствии соматической патологии (соматоформные, соматизированные расстройства) акценты смещались в сторону психофармакотерапии и психотерапии. На данном этапе психотерапевтический комплекс играл определяющую роль. Усилия врача-психотерапевта были направлены на убедительность в доказательстве функциональных нарушений, имевших место у пациента, и определение их психогенной обусловленности. Рациональная психотерапия являлась обязательной и определяющей. Индивидуальная и групповая психотерапия была направлена на активизацию жизненной позиции, изменение стереотипа конфликтного поведения, соблюдение психогигиенического режима. Основной целью психотерапевтических воздействий являлось стимулирование скрытых резервных возможностей пациента и его психологических особенностей. Глубинный анализ проводился редко и всегда с особой осторожностью.

Этап поддерживающей терапии принципиально не чем не отличался от второго этапа и был растянут во времени на 6-8 месяцев (1-2 консультации в месяц).

При ФНССС с кардиалгией чаще всего использовались небольшие дозы бензодиазепинов (алпразолам, феназепам - 2-3 мг/сут), атаракс до 100 мг/сут, эглонил до 150 мг/сут в сочетании с индивидуальной психотерапией и гипнотерапией. Из соматотропных средств использовались препаратов метаболического действия (панангин, рибоксин, АТФ, витамины группы В, и др), Длительность терапии 2-3 месяца. Эффективность – 86,2%.

Медикаментозная терапия функциональных расстройств ССС с неустойчивым артериальным давлением проводилась с использованием больших, чем в предыдущей групп доз психотропных препаратов: алпразолам, феназепам - 3-6 мг/сут., атаракс до 100 мг/сут., эглонил до 400 мг/сут., соннапакс - 50-75 мг/сут. При депрессиях использовались антидепрессанты: рексетин, пароксетин - 20-40 мг/сут., золофт - 50 мг/сут., пиразидол – до 100 мг/сут. Психотерапия – индивидуальная, групповая, гипнотерапия. Из соматотропных средств использовались гипотензивные препараты различных групп (эналаприл 10-20 мг/сут., конкор 5-10 мг/сут., верапамил до 120 мг/сут., лозап до 100 мг/сут), а так же препараты метаболического действия. Длительность терапии 4-6 месяцев. Эффективность – 84,3%.

При функциональных расстройствах ССС с нарушением сердечного ритма использовались: алпразолам, фенотепам - 3-6 мг/сут., атаракс до 100 мг/сут., эглонил до 600 мг/сут., соннапакс до 100 мг/сут. При депрессиях использовались антидепрессанты: рексетин, пароксетин - 20-40 мг/сут, пиразидол – до 100 мг/сут., флюанксол - 0.5-1 мг/сут. Психотерапия – индивидуальная, групповая, гипнотерапия. Из соматотропных средств использовались антиаритмические и гипотензивные препараты различных групп (конкор 5-10 мг/сут, метопролол до 100 мг/сут., амлодипин 5-10 мг/сут., амиодарон - 200-300 мг/сут.), а так же препараты метаболического действия и содержащие магний. Длительность терапии 4-6 месяцев. Эффективность – 53,8%.

Заключение. По результатам исследования можно сделать вывод, что клиническую картину определяет не нозологическая принадлежность психического расстройства, а соматическая составляющая, представленная в виде функциональных кардиологических расстройств и реакции пациента на них. Определенная комбинация первичного психического расстройства, функциональных кардиологических симптомов и реакции пациентов на них приводит к сложным психосоматическим взаимоотношениям, которые отражаются в

первую очередь значительным повышением уровней тревоги и депрессии. Терапевтическими мишенями в первую очередь должны становиться именно тревога или депрессия в зависимости от их выраженности. Подбор психофармакопрепаратов осуществляется по принципу наименьшей «поведенческой токсичности». Соматогенная терапия осуществляется в зависимости от преобладания той или иной формы ФРССС.

Психотерапия является важнейшей составляющей комплексного лечения пациентов с ФРССС. В соответствии с синергетическим подходом она начинается с формирования качественного психотерапевтического альянса (Уманский С.В., 2007, 2012).

Общие рекомендации по организации терапевтического процесса у пациентов с функциональными расстройствами ССС.

Терапия пациентов с функциональных расстройств ССС должна осуществляться совместно психотерапевтом (психиатром) и кардиологом. В клиническом взаимодействии психотерапевта (психиатра) и врача-кардиолога рекомендуется использовать модель «взаимодействия – прикрепления», когда психотерапевт консультирует, наблюдает динамику изменения психических расстройств в процессе лечения, при необходимости корректирует назначение психотропных препаратов, а кардиолог организует и контролирует общее руководство диагностическим и лечебным процессами (Смулевич А.Б., 2000). Степень участия в лечебном процессе психотерапевта и кардиолога непосредственно связана с тяжестью психической и соматической патологий. План лечения предусматривает определенный алгоритм воздействия на симптомы и расстройства в зависимости от их значимости и первоочередности терапевтического воздействия на них.

Черняк Н.Б. Соматоформные расстройства как проявление динамики расстройств личности

Иркутский государственный медицинский университет,
Иркутск

С целью изучения декомпенсаций расстройств личности в виде соматоформных расстройств была обследована выборка из 25 пациентов обратившихся за терапевтической помощью в психиатрическую службу с верифицированным диагнозом расстройств личности (F60.X) и соматоформным расстройством (F45.X) в соответствии с

МКБ-10. Когорта состояла из 8 мужчин и 17 женщин в возрасте от 20 до 56 лет. Пациенты распределились по кластерам (группам расстройств личности объединённым по сходству основных характерологических черт и способов реагирования на внешние воздействия) “В” (истерическое, эмоционально-неустойчивое, диссоциальное) (n=14) и “С” (тревожное, зависимое, ананкастное) (n=11). В исследование не включались пациенты с расстройством адаптации, тревожно-фобическими, аддиктивными состояниями, малопрогредиентным эндогенным процессом, органическим поражением головного мозга, тяжелой соматической патологией.

Основным методами исследования являлись клиничко-психопатологический и катamnестический, каждый больной был консультирован терапевтом и неврологом, применялись параклинические методы обследования (лабораторный, электрокардиографический, электроэнцефалографический), а так же психометрические шкалы: адаптированный вариант “Personality Diagnostic Questionnaire-4+” «Шкала общего клинического впечатления» (CGI), «Шкала Гамильтона для оценки депрессии и тревоги» (HDRS-21), уровень личностной и реактивной тревожности, статистическая обработка материала осуществлялась при помощи программы Statistica 6.0.

По результатам анализа обследованной группы выявились существенные различия влияния соматоформных расстройств на динамику личностной патологии в зависимости от принадлежности к тормозному или импульсивному кластеру. Так у пациентов с со смешанным расстройством личности зависимого и тревожного типа (n=7) манифестации соматоформной симптоматики предшествовали пролонгированные ситуационные воздействия приводящие к необходимости длительного психофизического напряжения. У пациентов с ананкастным расстройством личности (n=4) выявлялись как острые так и хронические ситуационные воздействия, ставящие под удар социальный престиж и чувство самоуважения, как правило вызванные повышенным уровнем притязаний и невозможностью их добиться при привычном ритме жизнедеятельности. При этом за счет стеничного радикала и общей тенденции на социализацию выход ананкастов из болезненного состояния был значительно лучше, в течении от 3 до 4 лет наблюдалась практически полная компенсация состояния, в то время как у пациентов с со смешанным расстройством личности зависимого и тревожного типа в 75% случаев формировалось ипохондрическое

развитие личности с усугублением тревожных черт, избегающего поведения и запросом на оформление группы инвалидности.

У пациентов кластера «В» (истерическое и эмоционально-неустойчивое, пограничный тип n=10) соматоформная симптоматика преимущественно возникала на фоне глубоких межличностных конфликтов со значимыми другими и в 57% проявлялась соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой, которое значительно тяжелей протекало при развитии декомпенсации у женщин с истерическим расстройством личности в период становления менопаузы и в 20% случаев приводило к истеро-ипохондрическому развитию. В 3 из 4 случаев наблюдений диссоциального расстройства личности декомпенсация протекала в виде хронического соматоформного болевого расстройства имела флюктуирующее течение, существенно не влияла на имеющийся низкий уровень социальной адаптации, но существенно отражалась на субъективном качестве жизни.

Заключение. С учетом не многочисленной выборки сложно экстраполировать полученные результаты на более значимое количество случаев, но с уверенностью можно отметить неблагоприятный прогноз при тормозимых расстройствах личности с астеническим радикалом а так же истерическом расстройстве личности, в то время как в группе психопатов с ведущим импульсивным радикалом наблюдается более благоприятный прогноз.

***Шевцов С.А., Новиков А.В., Цурина Н.А., Безобразов С.Л.
Восстановительное лечение депрессивного эпизода с
соматическими симптомами***

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Медико-реабилитационный кунцевский центр Дикуля, Москва

Введение. Депрессии легкой степени, коморбидные с другими психическими и психосоматическими расстройствами, занимают в последние десятилетия все большее место в заболеваемости детско-подросткового и взрослого населения, составляя, по данным некоторых исследователей, от 0,4–0,7 % до 25 %. Методы нелекарственной терапии непсихотических депрессий, в том числе в детско-подростковом и молодом возрасте, в последние годы изучаются очень активно в нашей стране и во всем мире (Антропов Ю.Ф., 2011, Stallard P., 2014).

Цель: сравнительное изучение эффективности психотерапии депрессии непсихотического уровня в формате как монотерапии, так и в сочетании с применением лечебной физкультуры, у лиц подростково-юношеского и молодого возраста.

Материалы и методы. В исследование были включены 130 пациентов с диагнозом по МКБ–10: лёгкий депрессивный эпизод, с соматическими симптомами F32.01, направленных на лечение с диагнозами: «вегето-сосудистая дистония» и «вегетативное расстройство». Нами было проведено клиническое обследование с оценкой психического статуса на момент первичного осмотра и в динамике с использованием шкал: общего клинического впечатления (Clinical Global Impression), оценки депрессии Гамильтона (HAM-D-17) и применялся также опросник Цунга. Количество баллов по шкале HAM-D-17 составляло от 8 до 16 баллов, что соответствует лёгкой степени депрессивного нарушения – minor depressive disorder. Все больные были в возрасте от 12 до 22 лет, средний возраст – $17,2 \pm 1,7$ лет.

Пациенты и основной (сочетанное применение методов, 68 человек, 52,3%) и контрольной (только психотерапия, 62 исследуемых, 47,7%) группы завершили полный курс лечения в течение 28 дней. Краткосрочная интегративная психотерапия при непсихотической депрессии нами проводилась в формате методов аутогенной тренировки по Лобзину В.С., Решетникову М.М. и когнитивно-поведенческой терапии по Шевченко Ю.С. Лечебная физкультура применялась в виде интегративной гимнастики по Левченко К.П., дыхательной гимнастики Бутейко К.П. и Щетинину М.Н.

Результаты. В начале исследования наблюдалась умеренная степень депрессивных расстройств у исследуемых, которая достоверно не изменилась после первых двух недель проводимого нелекарственного лечения в обеих группах по показателям психометрических шкал ($p > 0,05$).

Наблюдалось, в основном, умеренное и незначительное улучшение депрессивной симптоматики.

Только на 28 день терапии выявились достоверные различия между группами по шкалам HAM-D-17 и CGI. У 77,9% пациентов основной группы имело место клиническое «заметное улучшение» симптоматики и только у 17,7% из контрольной ($p < 0,05$). Только в контрольной группе было 8% пациентов без положительной динамики ($p < 0,05$). Заключение.

Выводы. Лечебная физкультура в выбранном формате специальных техник обладает недостаточной эффективностью при нелекарственной терапии депрессивных расстройств легкой степени. Показано, что лечебная гимнастика в сочетании с краткосрочной психотерапией достоверно эффективнее по сравнению с использованием только одной интегративной психотерапии непсихотической депрессии у больных 12-22 лет, что позволяет рекомендовать данное сочетание методов для реабилитации и профилактики депрессивных эпизодов с соматическими симптомами легкой степени.

Шевцов С.А., Музалёв Н.Н., Смекалкина Л.В., Брежнева О.Я. Информационные технологии для диагностики, коррекции и профилактики аффективной и психосоматической патологии

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва

Введение. Первичная и вторичная профилактика в психиатрии и соматической медицине с помощью ранней диагностики на основе программного обеспечения с практическим применением информационных технологий являются особо важными в последние десятилетия (Ивакин Р.М., 2012, Скворцова В.И., 2014). Одним из способов данной диагностики и профилактики может служить использование программного обеспечения для операционных систем Microsoft Windows XP - 8 и Android 1.5 - 4.4.

Цель. Создание методологии разработки программного обеспечения и веб-ресурсов для скрининг-диагностики пациентов с депрессивной и психосоматической патологией с последующей выдачей им рекомендаций по её профилактике.

Материал и методы. Разрабатывали основные параметры приложений с помощью бесплатных программ для ЭВМ Notepad++ и Visual Studio 2012 Express. Затем программировали код свободно-распространяемых тестов (в том числе шкалы, например, Цунга (The Zung self-rating depression scale)) с помощью языка разметки HTML4 и создавали алгоритмы программ и веб-ресурсов через язык программирования Javascript.

Результаты. Созданные нами 4 программы (4 свидетельства о государственной регистрации программ для ЭВМ Роспатента) «Тест скрининг оценки депрессии» позволяют за 5-10 минут выявить как степень депрессии, так и получить информацию по её коррекции и профилактике. Аналогично применяются программы для Windows: «Шкала оценки тревожности», «Тест оценки агрессивности», «Тест оценки ри-

гидности», мобильные приложения в Google Play: «Лекарства от депрессии- 2013», «Лечение депрессии и стресса» (10210 установок), «Лечение стресса и депрессии» (10267 установок), «Лечение стресса и депрессии- 2». Данное программное обеспечение также используется на сайтах: <http://профилактикадепрессии.рф> и www.antidepr.net и <http://аутогеннаятренировка.рф>. В настоящее время эти и аналогичные программы, а также веб-ресурсы используются для профилактики более чем 50.000 пациентов в России и странах СНГ.

Заключение. Каждый ВУЗ или НИИ России, с помощью бесплатных обучающих курсов и специальных семинаров по информационным технологиям, в соавторстве со студентами и сотрудниками, способен создавать множество разнообразных программ для ЭВМ (с их последующей регистрацией в Роспатенте) и мобильных приложений по своему профилю (более 1000 в год) для практической диагностики и профилактики психосоматических и аффективных расстройств.

Программа X Байкальской межрегиональной конференции

18 сентября, 10:00 – 17:00.

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

10:00 12:00	<i>Ахутина Татьяна Васильевна, профессор, зав. лабораторией нейропсихологии факультета психологии МГУ, Москва.</i> Мастер-класс. Нейропсихологическая помощь детям с нарушениями в развитии.
12:30–13:00 Регистрация, кофе-брейк	
13:00 13:05	<i>Долгих Владимир Валентинович, директор Научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, Иркутск.</i> Вступительное слово.
13:05 13:25	<i>Собенников Василий Самуилович, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ИГМУ, Иркутск.</i> Соматизация и соматоформные расстройства в клинической практике.
13:30 13:50	<i>Крылов Владимир Иванович, профессор кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, Санкт-Петербург.</i> Нервная анорексия.
13:55 14:15	<i>Белялов Фарид Исмагильевич, профессор кафедры геронтологии и гериатрии ИГМАПО, Иркутск.</i> Взаимодействие интерниста и психиатра у пациента с «необъяснимыми» симптомами.
14:20 14:40	<i>Андрющенко Алиса Владимировна, профессор кафедры психиатрии и психосоматики Первого московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Москва.</i> Проблема оптимизации диагностики психических расстройств и комплаентности у пациентов, наблюдающихся в общей медицине (междисциплинарный подход).
14:45 15:05	<i>Сивцева Альбина Владимировна, директор Республиканского центра медицинской профилактики, Республика Саха (Якутия).</i> Психические факторы в системе медицинской профилактики.

15:10 Пивень Борис Николаевич, зав. кафедрой психиатрии и наркологии
15:30 Алтайского государственного медицинского университета, Барнаул. **Ипохондричность – дефиниции и смысловое наполнение.**

15:35 Ахутина Татьяна Васильевна, профессор, зав. лабораторией
15:55 нейropsychологии факультета психологии Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова, Москва. **Возрастная динамика когнитивных функций у младших школьников с дефицитом регуляции активности.**

16:00 Фотекова Татьяна Анатольевна, зав. кафедрой психологии
16:20 Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова, Абакан. **Состояние высших психических функций у детей из семей с разным уровнем материального благосостояния.**

16:25 Поляков Владимир Матвеевич, старший научный сотрудник, заведующий лабораторией нейropsychосоматической патологии детского возраста НИИ педиатрии и репродукции человека СО РАМН,
16:45 Иркутск. **Механизмы нарушения когнитивных процессов у детей и подростков с психосоматической патологией (на примере эссенциальной артериальной гипертензии).**

19 сентября.

Заседание рабочей группы по развитию психосоматического направления в соматической медицине.