

Официальные спонсоры



Информационный провайдер  
Школы молодых учёных:  
Издательский холдинг  
Media Medica



Официальный провайдер  
Школы молодых учёных:  
Агентство Медицинских  
Коммуникаций Da Signa



Спонсоры-1



ГЕДЕОН РИХТЕР



Спонсоры-2



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ И КЛИНИКИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РАМН  
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ

# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ и КЛИНИКИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



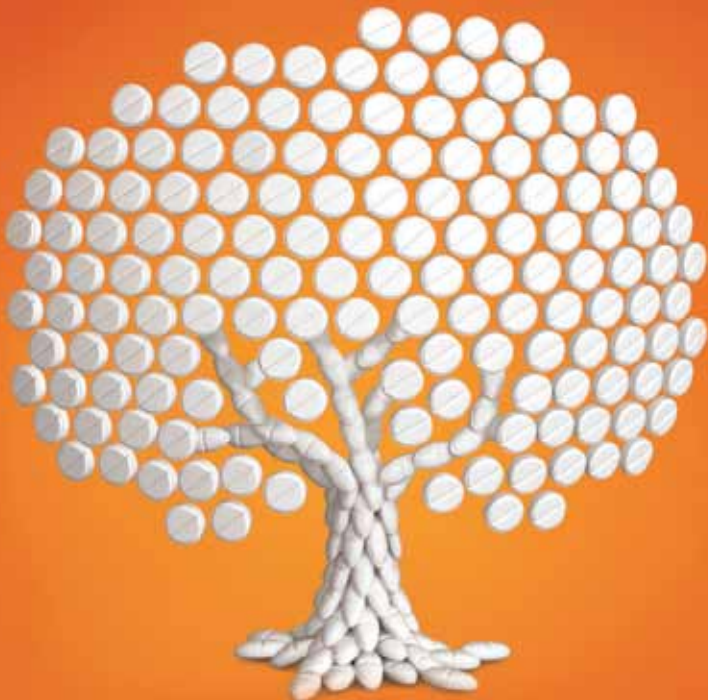
КОСТРОМА  
2010

2010



Кострома, 28 сентября – 1 октября 2010 года

# ПСИХИАТРИЯ



## ШИРОКИЙ СПЕКТР ПРЕПАРАТОВ

ЗАПАДНОЕВРОПЕЙСКОЕ КАЧЕСТВО

**Сперидан** (рисперидон)

**Лимипранил** (амисульприд)

**Эфевелон** (венлафаксин)

**Миртазонал** (миртазапин)

**Селектра** (эсциталопрам)

**Актапароксетин** (пароксетин)

**Антабус** (дисульфирам)



# ЛИРИКА®

**Препарат выбора  
для лечения  
нейропатической боли <sup>1</sup>**

**Контроль  
над приступами  
эпилепсии <sup>2</sup>**

**Новые возможности  
в лечении  
генерализованного  
тревожного  
расстройства  
и фибромиалгии <sup>3,4</sup>**



### КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ЛИРИКА (ПРЕГАБАЛИН)

**Фармакотерапевтическая группа:** противозлептическое средство.

**Код АТХ:** N03AX16

Лирика (прегабалин) – аналог гамма-аминомасляной кислоты. Установлено, что прегабалин связывается с дополнительной субъединицей (α<sub>2</sub>-дельта-протеин) потенциал-зависимых кальциевых каналов в центральной нервной системе, что способствует проявлению его анальгетического и противосудорожного эффектов.

**Показания к применению:** **Нейропатическая боль.** Лечение нейропатической боли у взрослых. **Эпилепсия.** В качестве дополнительной терапии у взрослых с парциальными судорожными приступами, сопровождающимися или не сопровождающимися вторичной генерализацией. **Генерализованное тревожное расстройство.** Лечение генерализованного тревожного расстройства у взрослых. **Фибромиалгия.** Лечение фибромиалгии у взрослых.

**Способ применения и дозы:** Внутрь, независимо от приема пищи. Препарат применяют в дозе от 150 до 600 мг/сут в два или три приема. **Нейропатическая боль.** Лечение прегабалином начинают с дозы 150 мг/сут. В зависимости от достигнутого эффекта и переносимости через 3–7 дней дозу можно увеличить до 300 мг/сут, а при необходимости еще через 7 дней – до максимальной дозы 600 мг/сут. **Эпилепсия.** Лечение прегабалином начинают с дозы 150 мг/сут. С учетом достигнутого эффекта и переносимости через 1 неделю дозу можно увеличить до 300 мг/сут, а еще через неделю – до максимальной дозы 600 мг/сут.

**Фибромиалгия.** Лечение прегабалином начинают с дозы 150 мг/сут. В зависимости от достигнутого эффекта и переносимости через 3–7 дней дозу можно увеличить до 300 мг/сут. При отсутствии положительного эффекта увеличивают дозу до 450 мг/сут, а при необходимости еще через 7 дней – до максимальной дозы 600 мг/сут. **Генерализованное тревожное расстройство.** Лечение прегабалином начинают с дозы 150 мг/сут. В зависимости от достигнутого эффекта и переносимости через 7 дней дозу можно увеличить до 300 мг/сут. При отсутствии положительного эффекта увеличивают дозу до 450 мг/сут, а при необходимости еще через 7 дней – до максимальной дозы 600 мг/сут.

**Отмена прегабалина.** Если лечение прегабалином необходимо прекратить, рекомендуется делать это постепенно в течение минимум 1 недели.

**Побочное действие.** По имеющимся опыту клинического применения прегабалина у более 12000 пациентов, наиболее распространенными нежелательными явлениями были головокружение и сонливость. Наблюдаемые явления были обычно легкими или умеренными. Другие наиболее частые явления включали: повышение аппетита, спутанность сознания, дезориентацию, раздражительность, бессонницу, нарушение равновесия, седацию, диплопию, сухость во рту, запор, рвоту, метеоризм, снижение либидо, утомляемость, периферические отеки, увеличение массы тела.

**Противопоказания.** Гиперчувствительность к действующему веществу или любому другому компоненту препарата. Детский и подростковый возраст до 17 лет включительно (нет данных по применению).

**Взаимодействие с другими лекарственными препаратами.** Не обнаружено признаков клинически значимого фармакокинетического взаимодействия прегабалина с фенитоном, карбамазепином, вальпроевой кислотой, ламотриджином, габапентином, лоразепамом, оксикодоном и этанолом. Установлено, что пероральные сахароснижающие средства, диуретики, инсулин, фенобарбитал, тиагин и топирамат не оказывают клинически значимого влияния на клиренс прегабалина.

**Эффекты на способность управлять автомобилем и пользоваться сложной техникой**  
Препарат Лирика может вызвать головокружение и сонливость и, соответственно, повлиять на способность управлять автомобилем и пользоваться сложной техникой. Больные не должны управлять автомобилем, пользоваться сложной техникой или выполнять другие потенциально опасные виды деятельности, пока не станет ясно, влияет ли этот препарат на выполнение ими таких задач.

### Список литературы:

1. Методические рекомендации по диагностике и лечению нейропатической боли под редакцией академика РАМН НН Яхно, издательство РАМН, Москва 2008
2. Arroyo S, Anhut H, Kugler AR, et al. Pregabalin Add-on treatment: A randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Dose-response Study in Adults with partial seizures. *Epilepsia*, 2004., pages 20-27
3. Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders. *World Journal of Biological Psychiatry*, 9:4, 248-312
4. Инструкция по медицинскому применению препарата Лирика (прегабалин), одобрена 07.07.2006 с изменениями от 15.02.2010.



Представительство Корпорации  
«Пфайзер Эйч. Си. Пил. Корпорэйшн»  
109147, Москва, ул. Таганская, 17-23  
Тел.: (495) 258 55 35  
Факс: (495) 258 55 38



НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РАМН  
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ

# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ и КЛИНИКИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Избранные материалы

Всероссийской школы молодых ученых в области психического здоровья  
Кострома, 28 сентября – 1 октября 2010 года



Москва-Кострома  
2010

Редакционная коллегия: Т.П.Клюшник, Л.И.Абрамова,  
В.Г.Каледа

**Официальные  
спонсоры:** Actavis  
Pfizer

**Спонсоры-1:** Bristol-Myers Squibb  
EVER Neuro Pharma  
Gedeon Richter  
Janssen-Cilag  
Lundbeck  
Sandoz  
Sun

**Спонсоры-2:** Egis  
Eli Lilly  
GlaxoSmithKline  
MedAvante  
Servier

**Официальный  
провайдер Школы  
молодых учёных** Агентство Медицинских  
Коммуникаций Da Signa

**Информационный  
провайдер Школы  
молодых учёных** Издательский  
холдинг Media Medica



*Александр*



## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие .....	5
<b>Албантова К.А.</b> Типологическая модель депрессий, коморбидных кардионевротическим расстройствам .....	7
<b>Белова Н.А.</b> К типологии обсессивно-компульсивных расстройств с явлениями мизофобии при шизофрении .....	10
<b>Бельских И.А.</b> О путях интегрального исследования психосоматической организации индивидуальности .....	15
<b>Бомов П.О.</b> Клинико-психопатологические проявления дефекта личности у больных шизофренией с дебютом в позднем возрасте .....	19
<b>Бородкина Л.В.</b> Влияние развития социально-перцептивной компетентности на уровень тяжести депрессии в юношеском возрасте в процессе групповой психотерапевтической работы .....	23
<b>Будай Н.Н.</b> Трудоголизм на разных возрастных этапах .....	27
<b>Ватолина М.А.</b> Клинико-социальные особенности пациентов с учётом гендерных факторов ....	31
<b>Вдовенко А.М.</b> К вопросу о клинической типологии манифестных депрессивно-бредовых приступов юношеского эндогенного приступообразного психоза .....	36
<b>Деменева А.А.</b> К вопросу о типологии деперсонализационных расстройств в рамках эндогенных депрессий .....	40
<b>Дудук С.Л.</b> Клинико-психопатологическая характеристика деменций позднего возраста (болезни Альцгеймера и сосудистой деменции) .....	46
<b>Егоров Р.С.</b> Суицидальное поведение как проявление дезадаптации у военнослужащих по призыву .....	50
<b>Захарова Н.В.</b> Длительные ремиссии при приступообразной шизофрении с резидуальной кататонической симптоматикой .....	54
<b>Ивашиненко Д.М., Култыгина С.В.</b> Оценка депрессивных расстройств послеродового периода .....	58
<b>Косенко Е.А.</b> Клинические проявления посттравматического стрессового расстройства .....	62
<b>Маричева М.А.</b> Особенности отношения к болезни у юношей, перенесших первый приступ эндогенного приступообразного психоза .....	67
<b>Медведев И.Л.</b> Клинико-психопатологические особенности депрессии у женщин с эпилепсией ..	71

<b>Моренец Т.В.</b> Роль механизмов психологической защиты и структуры личности в формировании клинических проявлений расстройств личности и поведения.....	75
<b>Назаренко А.В.</b> Депрессия в структуре шизофрении (первый эпизод) .....	80
<b>Одегова М.В.</b> Аффективные расстройства депрессивного спектра у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. ....	84
<b>Омельченко М.А.</b> Основные закономерности течения и исходов юношеских эндогенных приступообразных психозов, манифестирующих приступом маниакально-бредовой структуры.....	87
<b>Павличенко А.В.</b> Клинико-динамическая характеристика страха потери контроля и сумасшествия.....	94
<b>Плужников И.В.</b> Стратегии когнитивной регуляции эмоций у больных с пограничными психическими расстройствами: методический аспект.....	98
<b>Поляковская Т.П.</b> К типологической дифференциации инволюционной истерии .....	102
<b>Потапов А.В.</b> Стандартизированные клинико-функциональные критерии ремиссии при шизофрении: описание и валидизация.....	107
<b>Примоченок А.А.</b> Особенности социального функционирования подростков с признаками экзогенно-органических психических расстройств .....	112
<b>Пушкарёв Д.Ф., Нефедьева И.О.</b> Типология гипертимного расстройства личности (аспекты прогноза) .....	115
<b>Ремизова Е.А.</b> Повышение эффективности лечения аффективных расстройств у больных сахарным диабетом I типа .....	120
<b>Савина М.А.</b> Клиника постинсультной апатии.....	124
<b>Сорокин С.А.</b> К вопросу о клинике и типологии эндогенных апатических депрессий .....	128
<b>Уварова-Тё Т.Н.</b> Особенности клиники аффективных расстройств у подростков, употребляющих ПАВ .....	133
<b>Халезова Н.Б.</b> Психосоматические соотношения у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией .....	137
<b>Четверикова С.Н.</b> Инцест в клинике психических расстройств.....	142
<b>Шафигулин М.Р.</b> Астенические расстройства, ассоциированные с химиотерапией злокачественных новообразований (АХЗН) .....	146



## Предисловие

Путь молодого врача, посвятившего себя научной деятельности, тесно связан с качеством образования, полученного в стенах Высшего учебного заведения, и с последующими успехами в аспирантуре или других формах последипломного образования.

Каковы бы ни были точки зрения на систему образования, настоящим исследователем может себя считать врач в том случае, если он безукоризненно владеет психопатологическими и клиническими методами исследования пациента, считает психопатологию и клинику теоретическими и практическими основами дисциплины. При этом следует подчеркнуть, что если врач исследует частные вопросы психиатрии, значимость их может быть оценена в том случае, если он владеет широким пространством познаний в области психопатологии и клиники, а не ограничивает свой научный кругозор узкими рамками поставленных научных задач.

Разумеется, если исследователь работает в области психологии или биологической психиатрии, перед ним стоят другие задачи, однако, и здесь точная и тонкая дифференциация сходных в психопатологическом и клиническом группах пациентов является залогом научных достижений и открытий.

Представляется важным, что настоящая школа молодых ученых сосредоточена на вопросах общей психопатологии, клиники, биологических основ психиатрии, а также проблем клинко-биологических коррекций. Это касается лекций, семинаров и круглых столов. Доклады, представленные молодыми исследователями, также в большинстве случаев посвящены вопросам клиники и психопатологии.

И еще: хотя школа и называется школой молодых ученых, следует вспомнить, что выдающиеся научные авторитеты рекомендуют избегать термина «ученый», так как справедливо полагают, что этот эпитет может быть использован в отношении небольшой группы исследователей, заслуживших это звание благодаря выдающимся открытиям и достижениям.

В этом году школа проводится в старинном русском городе Костроме, который широко известен своими архитектурными, культурными и историческими памятниками.

Город Кострома связан с именем выдающегося отечественного психиатра Андрея Владимировича Снежневского.

Андрей Владимирович родился в Костроме и после окончания медицин-

ского факультета Казанского Университета работал, а впоследствии в течение более 10 лет возглавлял Костромскую областную психиатрическую больницу, где проявился его талант незаурядного организатора и где им были выполнены первые научные исследования.

Вряд ли необходимо говорить, что Андрей Владимирович Снежневский, возглавлявший в течение многих лет кафедру психиатрии Центрального Института усовершенствования врачей и Научный Центр Психического здоровья РАМН, был прекрасным клиницистом, неутомимым исследователем в области общей психопатологии, клиники шизофрении, симптоматических и сенильных психозов, психофармакологии.

Андрей Владимирович Снежневский создал свою школу будучи заведующим кафедрой психиатрии ЦИУ, осуществлял широкомасштабные исследования психопатологии и клиники шизофрении, в которых принимали участие не только сотрудники кафедры и аспиранты, но и способные к научным исследованиям клинические ординаторы и практические врачи. Андрей Владимирович строго следил за образованием своих учеников и не допускал однобокого развития будущего исследователя.

Андрей Владимирович пользовался огромным авторитетом; его связывали научные и дружеские отношения с Д.Е.Мелеховым, С.Г. Жислиным, И.Г. Равкиным, Р.Г. Голодец.

Андрей Владимирович был честным и бескорыстным врачом, который никогда и никому не отказывал в помощи.

Исследовательская работа, проводимая в Научном Центре Психического здоровья РАМН и на кафедре психиатрии Российской Медицинской Академии последипломного образования, – дальнейшее развитие идей и концепций А.В. Снежневского, которые продолжают оставаться актуальными и значимыми для современной научной и практической психиатрии.

Хочется поделиться мнением, что многие из публикаций настоящего сборника лягут в основу дальнейших серьезных исследований и расширят наши представления о психопатологии и клинике основных нозологических форм и состояний.

**Директор НЦПЗ РАМН  
Академик РАМН, профессор  
А.С.Тиганов.**

Албантова К.А.

## Типологическая модель депрессий, коморбидных кардионевротическим расстройствам

*Научный центр психического здоровья РАМН, Москва*

**Введение.** Коморбидные кардионеврозу депрессивные состояния регистрируются в 17 — 45,4% случаев [Иванов С.В., 2002; Остроглазов В.Г., 1989]. М. Bair (2004), исследуя соматизированные депрессии, обнаружил, что в 33% случаев пациенты жалуются на боли в грудной клетке, функциональный характер которых подтверждается в ходе обследования в отделениях первичной помощи.

По мнению многих авторов [Lautenbacher S. et al., 1999; Sloan D. et al., 1999; Eslick G. et al., 2002; Bair R. et al., 2003; Goodwin et al., 2003; Cheng C. et al., 2003; Nezu A. et al., 2007] сочетание функциональных болей в грудной клетке (кардионевроза) и аффективных расстройств ведет к утяжелению клинической картины и социальных последствий (частые обращения за медицинской помощью, частые необоснованные и длительные госпитализации в соматический стационар).

**С целью** изучения психосоматических соотношений депрессивных состояний и кардионевроза обследовано 88 пациентов (51 женщина, 37 мужчин; средний возраст  $31,55 \pm 2$  года) на базе Клиники кардиологии (директор – проф. А.Л. Сыркин) ММА им. И.М. Сеченова.

В исследуемую выборку **включены** пациенты в возрасте от 17 до 65 лет, которым не позднее трех предшествующих лет интернистами был установлен диагноз «НЦД/ВСД», подтвержденный в ходе текущего исследования.

В исследование **не включались** пациенты с сердечно-сосудистой патологией (ИБС, ГБ, НК и др.), а также заболеваниями других органов и систем (бронхиальная астма, болезни ЖКТ, злокачественные новообразования и др.), которые могли бы вызывать сходные симптомы и выступать в роли причины имеющихся жалоб. Исключались также пациенты с тяжелой сопутствующей патологией, затрудняющей обследование, сбор анамнестических сведений (органические деменции, психические и поведенческие нарушения вследствие употребления психоактивных веществ, острые психозы).

Статистическая обработка данных проведена с помощью программ Statistica 6.0 (Statsoft Inc. USA). Оценка значимости различий осуществлялась по критериям Манна-Уитни и критерию  $\chi^2$ . Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ . Пациенты обследованы как психопатологическим методом, так и соматически по стандартному алгоритму.

Проведенное обследование подтвердило, что все соматические показатели пациентов с явлениями кардионевроза находились в рамках возрастной нормы, что также отмечается большинством авторов [Маколкин В.И., 1985; Довженко Т.В., 2008, Олейникова М.М., 2006].

Все обследованные пациенты были разделены на две группы для возможности сравнительного анализа: **1 – страдающие коморбидными депрессивными расстройствами** ( $n=51$ ; 35 женщин, 16 мужчин; (средний возраст  $31,73 \pm 2,5$  года) и **2 – без коморбидного депрессивного состояния** (группа сравнения) ( $n=37$ ; 14 женщин, 23 мужчины;  $30,82 \pm 2,5$  года)

Вопросы ритмологических взаимоотношений заболеваний аффективного и не аффективного кругов привлекают все большее внимание отечественных исследователей. Предложенная А.Б. Смулевичем и Э.Б. Дубницкой (2010) ритмологическая модель депрессий позволяет квалифицировать депрессивные состояния по облигатному признаку — связи с хронобиологическим ритмом. Введение понятия «заимствованные ритмы» позволяет ранжировать депрессии не только по характеристике циркадианного ритма, но и на основе соотношения с ритмами неаффективных заболеваний (стереотипы динамики расстройства личности, закономерностей течения соматического заболевания).

Анализ коморбидных кардионеврозу депрессивных расстройств с позиций ритмологической модели позволяет охарактеризовать их согласно взаимному влиянию аффективного расстройства (депрессии) и неаффективной патологии (кардионевроза) с выделением трёх подгрупп:

1. Подгруппа донорского типа: депрессивные состояния выступают в роли донора ритма кардионевроза; последний – акцептор ритма.
2. Подгруппа акцепторного типа: в данной группе депрессии – акцепторы ритма кардионевроза; кардионевроз является донором ритма.
3. Подгруппа автономного типа – кардионевротические и депрессивные расстройства являются независимыми состояниями, не образующими коморбидных ритмологических связей.

В подгруппе **донорского** типа ( $n=33$ ; 64,7%) экзацербация депрессии предшествует дебюту кардионевроза (в среднем с момента первых проявлений первого депрессивного эпизода проходит 7 — 8 лет, в то время, как длительность кардионевроза составляет в среднем 3 — 5 лет); эпизоды снижения настроения, как правило, имеют психогенно спровоцированный характер и сопровождаются функциональными соматическими симптомами. При оценке тяжести депрессий в подгруппе выявляется: 63,6% эпизодов средней степени и 36,4% — лёгкой степени. Преобладающими синдромами в настоящей группе являлись апатический, астенический и классическая меланхолия. По МКБ -10 состояния квалифицированы как: БАР — текущий эпизод лёгкой или умеренной степени тяжести — F31.3; лёгкий или умеренный депрессивный эпизод — F32.0, F32.1; лёгкий или умеренный эпизод РДР — F33.0, F33.1; циклотимии и дистимии F34.0, F34.1, ПТСР — F43.1. Обязательным признаком рассматриваемых депрессий являются собственные хронобиологические ритмы (суточный, сезонный). При разрешении депрессии кардионевротический симптомокомплекс, как правило, также полностью обходится, либо остаются незначительные резидуальные явления. Аффективные нарушения и симптомы кардионевроза в сознании пациентов быстро становятся усиливающими друг друга проявлениями единого заболевания. В период очередного обострения «пик» неудовлетворительного самочувствия приходится, как правило, на утренние часы, совпадая с суточным ритмом депрессивного расстройства. Течение кардионевроза приобретает фазный характер [Ernst K., 1959; Лакосина Н.Д., 1994; Иванов С.В., 2002], заимствуя ритм у депрессивных состояний.

В подгруппе **акцепторного** типа ( $n=10$ , 19,6%), экзацербации кардионевроза (средняя продолжительность 8 — 10 лет) предшествуют развитию депрессивных эпизодов (длительность в среднем 1 — 2 года). По МКБ — 10 депрессии можно квалифицировать как: депрессивные эпизоды легкой (F32.0) и средней (F32.1) степени; расстройства адаптивных реакций (F43.2) и ПТСР — (F43.1). Долевое распределение депрессий по тяжести: 30,0% — средняя степень и 70,0% — лёгкая степень. Преобладают тревожный, истерический и дисфорический депрессивные синдромы. Аффективная патология в рассматриваемой подгруппе дебютирует на высоте уже развившегося кардионевроза и не редко воспринимается пациентом, как реакция на проявления телесного неблагополучия, ухудшение состояния пациенты связывают с физическими и психоэмоциональными на-

грузками. Тяжесть аффективных нарушений всегда коррелирует с выраженностью симптомов кардионевроза. Стереотип течения кардионевроза и, следовательно, депрессивного расстройства — волнообразный [Сергеев И.И. и соавт., 1998; Албантова К.А. и соавт., 2008].

Подгруппа **автономного** типа ( $n=8$ ; 15,7%) включает расстройства депрессивного спектра, гипотимные реакции и субдепрессии в рамках расстройства адаптации (F43.2), САР (лёгкий депрессивный эпизод 33,3%; субсиндромальные расстройства — 66,7%) с преобладанием апатического, астенического и дисфорического депрессивных синдромов. Депрессивные и кардионевротические расстройства не образуют клинически значимых коморбидных связей. Эпизоды аффективного расстройства возникают аутохтонно (чаще весной/осенью) и обходятся самостоятельно, практически не совпадая с обострениями кардионевроза (последние связаны с психогенными триггерами, не провоцирующими клинически значимых изменений настроения). В сознании пациентов депрессия и кардионевроз остаются не связанными между собой самостоятельными состояниями, причем, если последний воспринимается как заболевание, то аффективная нестабильность ассоциируется с врожденными неприятными, но не имеющими «болезненных черт» свойствами характера. Кардионевроз в рассматриваемой группе может принимать как фазный, волнообразный так и непрерывный характер течения [Ernst К., 1959; Иванов С.В., 2002].

Психопатологическая квалификация ритмов коморбидных кардионеврозу депрессивных состояний позволяет уточнить закономерности их динамики, клинический прогноз и, с учетом выявляющегося ведущего синдрома (аффективного / кардионевротического расстройства), способствует подбору рациональной психофармакотерапии.

*Белова Н.А.*

## **К типологии обсессивно-компульсивных расстройств с явлениями мизофобии при шизофрении**

*Научный центр психического здоровья РАМН, Москва*

**Введение.** Мизофобия, или страх контаминации — один из распространенных вариантов обсессивно-компульсивного расстройства (55 — 58%

по данным E.Foa, M.Kozak, 1995; G.Steketee, J.Grayson, E.Foa, 1984). Мизофобия — широкое понятие, помимо страха загрязнения непосредственно грязью, оно включает в себя страх заражения, страх попадания в организм вредных субстанций. Канадский психолог S.Rachman (1994), активно исследующий мизофобию, первым предложил включить в это понятие страх морального загрязнения (осквернения), причиной которого могут быть навязчивые мысли, особенно неприятного характера, такие как богохульные идеи или образы, неприемлемые сексуальные ощущения или мысли, идеи о «загрязнении» злыми силами.

**Цель исследования:** психопатологическая дифференциация обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР), проявляющихся преобладанием явлений мизофобии, определение течения разных типов мизофобии и прогноза.

**Материалы и методы.** В исследование включены больные шизофренией, проходившие лечение в Отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – академик РАМН А.Б.Смулевич) на базе Научного центра психического здоровья РАМН (директор – академик РАМН А.С.Тиганов). Критерии включения: преобладание на каком-либо этапе болезни обсессивно-компульсивных расстройств с явлениями мизофобии, потребовавших госпитализации в психиатрический стационар; возраст 16-50 лет. Критерии исключения: органические поражения головного мозга; аддикция к психоактивным веществам.

**Результаты и их обсуждение.** В исследование включено 48 пациентов. Средний возраст начала заболевания составлял 16,5 лет, средний возраст манифестации мизофобии – 20,2 года. Как видно из представленных данных, зачастую мизофобия появлялась в картине заболевания спустя некоторое время от начала болезни. У некоторых больных периоды заболевания, определяющиеся картиной мизофобии, протекали приступами – одним или несколькими за исследованный катамнестический период, у других протекали непрерывно.

Исходя из разных содержательных характеристик мизофобии, была принята попытка типологической дифференциации изученных состояний. Выделено 4 типа ОКР с явлениями мизофобии:

1. Мизофобия в форме патологической брезгливости (ядерная мизофобия)
2. Нозофобическая мизофобия
3. Фобии экстракорпоральной угрозы
4. Обсессии осквернения

**Мизофобия в форме патологической брезгливости** (13 набл.). Данный тип мизофобии наиболее соответствует первоначальному значению термина «мизофобия» – фобия отвращения и развивается на основе патологически измененного чувства брезгливости. В качестве пугающих субстанций выступает уличная грязь, домашняя пыль, собственные физиологические отправления, нечистоты. Опасения развития каких-либо опасных заболеваний вследствие загрязнения не характерны. Патологическая брезгливость, как и другие выделенные типы мизофобии, сопровождается выраженным избегающим и защитно-ритуальным поведением.

**Нозофобическая мизофобия** (21 набл.) представлена страхом заражения определенными контагиозными (преимущественно смертельно опасными) заболеваниями – СПИД, гепатит, бешенство, вирусный энцефалит и др. При этом (в отличие от ипохондрических фобий) пациенты не склонны обнаруживать у себя признаки пугающих заболеваний, их внимание направлено не на оценку работы внутренних органов, а во вне, на поиск возможных источников заражения.

Почти во всех случаях мизофобии данного типа выявлен феномен принятия невероятного за действительное [Jaspers K., 1923] – при нахождении вблизи источника грязи/инфекции больные отмечали сомнения в том, что могли прикоснуться, испачкаться, заразиться и нуждались в многократных разубеждениях со стороны близких лиц в том, что это не произошло.

**Фобии экстракорпоральной угрозы** (5 набл.) (термин предложен А.В.Андрющенко, 1994) представлены страхом возможного контакта с патогенными агентами – ядовитыми веществами, специфическими видами пыли (асбестовой, угольной и др.), осколками стекла, мелкими металлическими частицами (в том числе иглами). Также, как и при нозофобической мизофобии, практически у всех больных отмечается феномен принятия невероятного за действительное с навязчивым требованием у окружающих разубеждений в своих опасениях.

**Обсессии осквернения** (9 набл.) представлены опасениями возмож-



ного «морального загрязнения». Содержательной характеристикой выступает предположение о возможном осквернении в результате контакта с людьми, обладающими низкими моральными качествами, либо об осквернении окружающих, часто предметов религиозной атрибутики своими действиями (прикосновением грязных рук, хульными мыслями и т.д.). Пациент вынужден выполнять систему сложных двигательных и идеаторных актов, направленных на предотвращение возможного влияния «негативной энергии» на пациента, включая ритуалы очищения.

Представленная типология может иметь определенное клиническое значение. Как показали результаты исследования, выделенные типы мизофобии имеют различные тенденции в своем развитии.

Оказалось, что течение заболевания, картина которого на определенном этапе определялась нозофобической мизофобией и фобиями экстракорпоральной угрозы, было в значительной степени схожим. Обнаружено, что эти виды мизофобии не подвергаются видоизменениям, а картина заболевания меняется за счет нарастания негативных расстройств. Как правило, нозофобическая мизофобия и фобия экстракорпоральной угрозы протекают в виде приступов с четко выраженным, зачастую психогенным началом и достаточно хорошей ремиссией. В половине наблюдений, отнесенных к двум данным типам, ОКР выступают в контексте аффективных расстройств — циркулярных депрессий. Соответственно экацербации ОКР в этих случаях реализуются в рамках депрессивных фаз. Характерно формирование психопатоподобных изменений личности, таких как эгоцентризм, стремление к манипулятивному поведению, причем на определенном этапе манипулятивное поведение вплетается в картину навязчивостей с явлениями мизофобии — больные переключаются на выполнение ритуалов на своих родственниках, особым образом меняют свое поведение (избегающее и защитное поведение может быть выражено только дома, в присутствии родственников, и в значительной степени редуцируется в обществе).

Указанные особенности, наряду с нарастанием других негативных расстройств с течением болезни, позволяют рассматривать большую часть указанных случаев в рамках вялотекущей психопатоподобной шизофрении.

Иной вариант динамики характерен для «ядерной» мизофобии. При состояниях данного типа имело место изначальное нарастание и усугубление брезгливости с отсутствием компонента страха. В качестве дено-

тата obsessions обычно выступают опасения соприкосновения с некой «абстрактной грязью», реже нечистотами и собственными физиологическими выделениями. На высоте расстройств зачастую отмечаются особые обманы восприятия — больные ощущают грязь на коже, чувствуют неприятный запах, видят несуществующие пятна — навязчивые галлюцинации по J. Seglas (1888).

Следует отметить что у пациентов с патологической брезгливостью появление подобных обманов восприятия, как правило, сопровождается уменьшением аффективного компонента навязчивостей, стереотипизацией ритуалов и присоединением явлений «мягкой кататонии».

В сравнении с мизофобией двух рассмотренных ранее типов, «ядерная» мизофобия характерна для неблагоприятных форм шизофрении: приступообразно-прогредиентной (n=4), либо непрерывно-текущей (n=9) с преобладанием кататонических проявлений на отдаленных этапах заболевания.

В динамике ОКР в форме obsessions осквернения также обнаруживается тенденция к их смыканию с расстройствами более тяжелых психопатологических регистров. Речь идет о формировании проявлений круга незавершенных параноидных феноменов [Каменева Е.Н., 1938]. Моральное осквернение интерпретируется пациентами как результат внешнего воздействия либо собственных неприемлемых мыслей (например, хульных) с ощущением их чуждости, вложенности извне. Следует отметить, что ни в одном изученном наблюдении не выявлено тенденции к систематизации параноидных расстройств, а также к присоединению синдромально завершенных бредовых проявлений. Obsessions осквернения сопровождаются не бредовым, а защитно-ритуальным поведением, характерным и для других типов мизофобии. В целом шизофрения с ОКР в форме obsessions осквернения имеет непрерывное (безремиссионное) течение, с периодическими эксацербациями.

**Заключение.** Мизофобия представляет не столько отдельный подтип obsessивно-компульсивного расстройства, сколько обширный спектр психопатологических проявлений. Феноменологические особенности мизофобии играют роль в течении шизофрении и ее прогнозе.

Бельских И.А.

## О путях интегрального исследования психосоматической организации индивидуальности

ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, Курск

Перспективность многофакторных (интегративных) моделей психосоматических расстройств общепризнанна. Это остро ставит проблему разработки методов изучения индивидуальности как биопсихосоциальной целостности. В науке эта проблема не решена (1). Особый интерес как интегральные параметры индивидуальности представляют феномены когнитивных стилей (КС): в них интегрированы когнитивные, аффективные, мотивационные, нейрофизиологические характеристики индивидуальности (5). Важнейшим КС является конкретная/абстрактная концептуализация (К/АК). Изучен он недостаточно. Существующие методики исследования отражают его не полно: только по параметру абстрактность-конкретность. Разработанная в психосоматической лаборатории ЦЧНЦ РАМН методика дискриминации свойств понятий (МДСП) демонстрирует более сложную структуру данного КС. МДСП измеряет КС К/АК по двум векторам: а) Абстрактность-конкретность — степень предпочтения абстрактного или конкретного способа концептуальности; б) реалистичность-субъективированность — ориентация на общепринятые или субъективированные критерии оценки отношения объектов (2). В данной работе проведено несколько серий исследований КС/АК, измеряемого МДСП, как интегрального параметра индивидуальности. Изучено 308 студентов медицинского университета в возрасте 20-25 лет.

**1-я серия:** исследовалось соотношение между предпочитаемым испытуемым стилем интеллектуальной деятельности по вектору абстрактность-конкретность (МДСП) и психометрическими показателями сформированности способности к абстрактному мышлению (субтесты «нахождение сходств», «понятливость» теста интеллекта Векслера). При ранговой корреляции по Спирмену числа актуализируемых признаков в МДСП и числа баллов в субтестах «нахождение сходств» и «понятливость» выявлялась статистически высоко достоверная связь ( $p < 0,001$ ):  $r = 0,51$  и  $r = 0,58$  соответственно. Иными словами, в целом лица с высокими психометрическими показателями способности абстрактного мышления имеют четкую тенденцию к предпочтению абстрактного стиля концептуализации

в МДСП. Однако эта тенденция не имела абсолютного значения. 25,8% испытуемых в субтесте «нахождение сходств» и 27,5% испытуемых в субтесте «понятливость» выявляли значимое несоответствие с градациями оценок абстрактности-конкретности по МДСП. Это свидетельствовало о том, что вектор абстрактность-конкретность по МДСП не просто измеряет сформированность способности к абстрактному мышлению, а отражает индивидуально предпочитаемый стиль интеллектуальной деятельности.

**2-я серия:** изучалась структура КС/АК. Считается общепризнанным, что КС — биполярное измерение. М.А.Холодная привела доказательства, что ряд КС — квадрупольное измерение. Однако об этом «можно пока говорить только предположительно в силу отсутствия необходимого фактического материала» (5). Используемые МДСП со всей очевидностью продемонстрировали квадрупольную структуру КС К/АК. Полюс абстрактности расщеплялся и включал две подгруппы: а) абстрактные субъективированные: сформированная способность к абстрактному мышлению сочетается с недостаточной ориентацией на общепринятые взгляды, оценки, субъективированностью и оригинальностью суждений, склонностью разделять далекие от реальной жизни воззрения; б) абстрактные реалистические: высоко сформированная способность к абстрактному мышлению сочетается с ориентацией на общепринятые ценности, общезначимые идеи и идеалы. Полюс конкретности также расщеплялся: а) конкретные реалистические: способность оперировать обобщенными понятиями ослаблена, мышление обстоятельное, детализированное. Характеризуется практической, конкретно-ситуативной направленностью; б) конкретные субъективированные: мышление отличалось не только ослаблением способности оперировать обобщенными понятиями, детализированностью и обстоятельностью, но и нестандартностью отдельных суждений, выраженной субъективной позицией в оценке отношений объектов.

**3-я серия:** исследовался КС К/АК как «психологическая черта высшего порядка, «снимающая» в себе не только когнитивные, но и мотивационные, эмоциональные и другие личностные характеристики» (5). Результаты исследования МДСП сопоставлялись с данными изучения испытуемых тестом акцентуаций свойств темперамента (ТАСТ) (3). Анализ результатов показал, что акцентуация эмоциональной нестабильности (неуверенность в себе, робость, вспыльчивость, ранимость и т.д.) смещает КС К/АК к полюсам конкретности ( $r=0,46$ ,  $p<0,01$ ) и субъективированности ( $p<0,001$ ). Наоборот, акцентуация эмоциональной стабильности (спокойствие, уравновешенность, оптимистичность, эмоциональная зрелость)

смещала КС К/АК к полюсу абстрактности. Особенно отчетливо влияние на смещение КС К/АК к полюсу абстрактности оказывала акцентуация предметной активности ( $r=0,90$ ,  $p<0,001$ ): чувство избытка сил, направленность энергии на освоение реального предметного мира, тяга к напряженной деятельности, умственному и физическому труду resultируются у этих испытуемых в усилении полюса абстрактной концептуализации. Таким образом, эта серия исследований показала, что КС К/АК чётко соотносён с эмоциональными и личностными характеристиками индивидуальности.

**4-я серия:** соотносённость КС К/АК с нейрофизиологическими параметрами индивидуальности изучалась на базе концепции об индивидуальной активации ЦНС – природной детерминанте индивидуальности. Исследовались: а) электрокортикальные и б) вегетативные показатели активации ЦНС. а) Электрокортикальная активация оценивалась по результатам компьютерного анализа фоновой ЭЭГ. Рассчитывались индексы основных физиологических ритмов (дельта, тета, альфа, бета-1, бета-2), спектры их мощности, функции межполушарной и внутриволновой кросскорреляции и когерентности ритмов. Для выявления общемозговых индикаторов фоновой ЭЭГ, отражающих генерализованную активацию ЦНС, показатели компьютерного анализа по отдельным зонам мозга усреднялись (4). б) Вегетативная активация оценивалась по результатам: 1) статистического анализа кардиоинтервалограмм; 2) интегральной реографии тела по М.И. Тищенко; 3) реоэнцефалограмм. Использовались аппаратно-программные комплексы «Нейрон-спектр» (г. Иваново), «МИЦАР-РЕО» (Санкт-Петербург). САД, ДАД, СДД измерялось по Короткову. Достоверность влияния градаций факторов абстрактность-конкретность и субъективированность-реалистичность на показатели электрокортикальной и вегетативной активации исследовались с помощью дисперсионного анализа – двусторонний точный критерий Фишера (F-критерий). Установлено, что полюс абстрактности по сравнению с полюсом конкретности статистически высоко достоверно ( $p=0,001$ ) соотносится с однонаправленным смещением большинства показателей активности автономной нервной системы в направлении симпатикотонии: САД, СДД, частота сердечных сокращений (ЧСС), логарифмический индекс (LOG), индекс напряжения (ИН), спектры мощности колебаний кардиоинтервалов на кардиоинтервалограмме. Полюс субъективированности по сравнению с полюсом реалистичности, напротив, соотносился ( $p=0,001$ ) со смещением большинства показателей активности автономной нервной

системы в направлении парасимпатикотонии (САД, ДАД, ССД, ЧСС, ИН, LOG и др.). По электрокортикальным показателям полюс абстрактности по сравнению с полюсом конкретности соотносился ( $p=0,001$ ) с более высокими спектрами мощности ритмов, кроме дельта-ритма. Полюс субъективированности по сравнению с полюсом реалистичности соотносился с увеличением спектра мощности дельта-ритма ( $p<0,001$ ). По данным Плотниковой Д.В. (4), это свидетельствует о том, что полюс субъективированности соотносится с мягким ослаблением электрокортикальной активации по сравнению с полюсом реалистичности. Полюс же абстрактности по сравнению с полюсом конкретности соотносится с более выраженной электрокортикальной активацией.

Таким образом, выявлена различная соотношенность векторов абстрактность-конкретность и субъективированность-реалистичность с электрокортикальными и вегетативными проявлениями индивидуальной активации ЦНС. Полюс абстрактности соотносится с усилением симпатической активности автономной нервной системы и усилением электрокортикальных проявлений активации ЦНС. Полюс субъективированности с парасимпатическим смещения активности автономной нервной системы и мягким ослаблением электрокортикальной активации ЦНС.

### **Выводы.**

1. Доказана квадриполярная структура КС К/АК;
2. Экспериментально обоснована интегральная природа КС К/АК, сопрягающего (интегрирующего) ментальные возможности, личностные особенности, нейрофизиологические предпосылки индивидуальности;
3. Продемонстрирована целесообразность использования МДСП при реализации интегративных исследований.

### **Литература:**

1. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: Пер. с нем.-Бройтигам В., Кристиан П., М. Рад.-М.: ГЭОТАР, Медицина, 1999. — 376с.
2. Методика дискриминации свойств понятий (МДСП)/Плотников В.В., Северьянова Л.А., Плотников Д.В., Бердников Д.В.-М.: Когито-центр, 2009.-87с.
3. Плотников Д.В. Тест акцентуации свойств темперамента (ТАСТ) для психосоматических исследований: метод. рек./ Д.В. Плотников, Л.И. Бурмашова. — Курск: КГМУ, 2001. — 84с.

4. Плотников Д.В. Психофизиологические факторы риска ишемической болезни сердца. Дисс. доктора мед. наук-Курск
5. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. 2-е изд. — СПб.: Питер, 2004. — 84 с: ил. — (Серия «Мастера психологии»).

**Бомов П.О.**

## **Клинико-психопатологические проявления дефекта личности у больных шизофренией с дебютом в позднем возрасте**

*ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»*

Шизофрения в настоящее время является одним из наиболее инвалидирующих и нарушающих социальную адаптацию больных психическими заболеваниями. Увеличение числа пожилых людей и геронтологической патологии создает для государства серьезные медицинские проблемы и делает актуальными изучение дебютирующих в позднем возрасте шизофренических психозов с целью вопросов диагностики, дифференцированного подхода к лечению, реабилитации. Однако большинство исследований касаются лишь изучения продуктивных психопатологических расстройств: галлюцинаторных, бредовых, кататонических, аффективных. Дефект или негативные расстройства при шизофрении в силу относительно малой выразительности своих внешних проявлений, а также маскированности в ряде случаев более яркими и острыми позитивными симптомами значительно хуже последних поддаются систематизации, клинико-психопатологическому описанию.

**Целью исследования** явилось изучение клинико-социальных характеристик дефицитарных расстройств у больных поздней шизофренией для оптимизации оказания психореабилитационной помощи данному контингенту.

Обследовано 76 пациентов в возрасте от 45 до 68 лет (средний возраст  $52 \pm 5,8$  лет) с дебютом шизофренического процесса в позднем возрасте (после 45 лет), которые составили основную группу. Большинство больных основной группы характеризовались наличием приступообразно-прогредиентного (шубообразного) типа течения (47 — 61,8%), остальные (29 — 38,2%) — непрерывно-прогредиентного. В исследование были вклю-

чены больные с параноидной (62 — 81,5%) и кататонической (14 — 18,5%) формой шизофрении. Длительность шизофренического процесса у больных в основной группе была от 1 до 21 года (средняя продолжительность  $7,2 \pm 6,12$  лет). Пациенты в возрасте от 32 до 59 лет с началом шизофрении в 30 — 44 года составили группу контроля, обследованию подверглись 32 человека (средний возраст пациентов этой группы  $44 \pm 7,6$  лет). Также, как и в основной группе, больные в группе контроля преимущественно были представлены параноидной формой шизофрении (26 — 81,3%) с шубообразным типом течения (22 — 68,8%). Продолжительность заболевания у больных в контрольной группе была сопоставимой с её длительностью у пациентов основной группы — от 0,5 до 21 года (средняя продолжительность  $7,8 \pm 6,7$  лет). Были выбраны следующие методы изучения психического состояния больных: клинико-психопатологический, клинико-канамнестический, шкала SANS, статистический (t-критерий Стьюдента).

В ходе проведения исследования в основной и контрольной группах нами были выделены четыре типа дефектных состояний: апато-абулический, псевдоорганический, психопатоподобный, астенический.

Апато-абулический тип дефекта встречался с наибольшей частотой как в основной, так и в контрольной группах (29 больных — 38,2% и 19 пациентов — 59,4% соответственно), однако достоверно ( $p < 0,05$ ) чаще он был диагностирован в группе контроля. Сравнительный анализ дебютов заболевания у мужчин и женщин выявил, что большинство впервые заболевших шизофренией после 45 лет составляют женщины (соотношение женщин и мужчин 2:1), в контрольной группе также достоверно чаще заболевали женщины (15 больных — 78,9% —  $p < 0,001$ ). Больные с данным типом дефекта в большинстве своём демонстрировали шизоидные, астенические расстройства личности в преморбиде. Причем статистически достоверных различий между основной и контрольной группами выявлено не было. В клинической картине на первый план выступали стойкое снижение волевой активности, обеднение эмоциональной сферы с безразличием, вялостью, адинамией, а также нарушение ассоциативных процессов в виде замедления темпа мышления, снижения объёма и скорости усвоения информации, тенденции к стереотипии, шаблонности. У больных поздней шизофренией апато-абулический дефект характеризовался относительной равномерностью поражения всех сфер психической деятельности, без достоверного преобладания нарушений какой-либо из них (эмоциональная — у 89,7% больных, волевая — у 100% пациентов, ассоциатив-



ная – у 86,2% больных). В контрольной же группе процент больных с поражением указанных сфер был выше (94,3%, 100%, 96,2% больных соответственно) (различия между группами не достоверны).

Больные с дефицитарными состояниями псевдоорганического типа чаще (однако, не достигая уровня достоверности) встречались в основной группе (22 пациента – 29% в основной и 6 больных – 18,8% в контрольной группе). В основной группе не было выявлено пациентов с какими-либо преморбидными патохарактерологическими нарушениями, т.е. все они имели относительно гармоничный склад личности к началу заболевания. В контрольной же группе трое больных (50%) с данным типом дефекта имели до начала заболевания эпилептоидную акцентуацию личности. В основной группе большинство было женщин (14 больных – 63,6%), а группу контроля составили только женщины. В клинической картине псевдоорганического дефекта наблюдалось сочетание снижения интеллектуальных функций по типу когнитивного дефицита с падением психической активности в виде аутохтонной астении. Наряду с общим замедлением психических процессов, уменьшением спонтанности, у таких больных выявлялась эмоциональная отгороженность, безучастность, пассивная подчиняемость. Данный тип дефекта сформирован преимущественно при непрерывном типе течения шизофрении как в основной, так и в контрольной группе (72% и 67,3% соответственно). При псевдоорганическом типе дефекта преобладали нарушения со стороны ассоциативной (18 пациентов – 81,8% в основной группе и 6 пациентов – 100% в контрольной) и эмоциональной (20 пациентов – 91% в основной группе и 6 больных – 100% в контрольной) сфер, чуть в меньшей степени была выявлена заинтересованность волевой сферы – у 16 пациентов (72,7%) основной группы и 4 больных (66,7%) контрольной. Отмечалась значительная выраженность дефицитарных симптомов у больных с псевдоорганическим типом дефекта.

Психопатоподобный тип дефекта статистически достоверно преобладал у больных поздней шизофренией по сравнению с более ранним её началом (18 больных в основной группе – 23,7% и 3 человека в контрольной – 9,3%,  $p < 0,05$ ). Нами было установлено, что у больных с данным типом дефекта в обеих группах отмечались преморбидно-личностные характеристики соответствующие экспансивной шизоидности, расстройствам истеро-возбудимого круга. У 15% пациентов основной группы и 26% больных из группы контроля в преморбиде отсутствовали какие-либо личностные девиации. Приступообразный тип течения шизофрении достоверно превалировал ( $p < 0,05$ ) над непрерывным у пациентов обеих групп.

На первый план выступали снижение глубины и модулированности эмоций, эмоциональная холодность, иногда жестокость, немотивированная возбудимость, неадекватность в реагировании и поведении, своеобразие суженного круга интересов, различные формы снижения или искажения интеллектуальной активности. У больных поздней шизофренией с психопатоподобным типом дефекта в наибольшей степени страдала эмоциональная сфера (у 92% пациентов), в меньшей – изменения касались ассоциативных процессов (73,5% пациентов). Наименее всего поражались волевая активность (у 40% больных), однако, появлялись новые искаженные формы поведения (асоциальность, немотивированная агрессия, гиперблизированная активность). В группе контроля эмоциональная и ассоциативная сферы страдали у 100% больных, а волевая – у 66,7%. Более значительная выраженность нарушения волевой сферы у пациентов контрольной группы является статистически достоверной ( $p < 0,05$ ).

Группа больных с астеническим типом дефекта оказалась самой малочисленной (7 пациентов – 9,2% в основной группе и 4 пациента – 12,5% в контрольной). Преморбидно-личностные особенности больных с данным типом дефекта были представлены личностными девиациями астенического и психастенического круга. Однако, у большинства пациентов обеих групп (57,1% больных в основной группе и 50% пациентов в контрольной) до начала заболевания имелся относительно гармонический склад личности. В клинической картине на первый план выступали эмоциональная слабость, истощаемость, раздражительность, снижение умственной работоспособности, редукция энергетического потенциала. Все пациенты этой выборки обнаруживали снижение интенсивности эмоционального реагирования в отношениях с окружающими людьми, признаки истощаемости при проведении тестирования и длительной беседе, уменьшение продуктивности волевой активности, необходимость напряжения для реализации возникающих потребностей, обеднение ассоциативных процессов с элементами конкретности, стереотипий, персевераций, замедление темпа и объема усвоения информации. В основной группе все пациенты были представлены только женским полом, мужчины с данным типом дефекта встречались лишь в контрольной группе (2 больных – 50%). При данном типе дефекта превалировал приступообразный тип течения шизофрении (у 67% больных основной группы и у 76,7% пациентов контрольной). У больных с этим типом дефекта преимущественно страдала волевая сфера (86% пациентов основной и 100% контрольной групп), ассоциативные нарушения были выраженными у 56% больных основ-

ной и 75% пациентов контрольной группы, эмоциональные расстройства выступали на первый план лишь у 18% больных поздней шизофренией и у 25% пациентов с ранневозрастным её началом.

Интегрированный подход к выявленным нарушениям позволяет предположить, что апато-абулический, псевдоорганический, психопатоподобный и астенический типы дефекта у больных поздней шизофренией патогенетически связаны и являются отражением патологического процесса разной степени выраженности. Об этом свидетельствует углубление негативной симптоматики с постепенного замещения расстройств первого ранга более тяжелыми в ряду от астенического до псевдоорганического дефекта.

Полученные данные об особенностях клинико-психопатологических аспектов больных поздней шизофренией с различными вариантами дефекта позволяют более точно квалифицировать дефицитарные проявления данного контингента больных, что, в свою очередь, способствуют оптимизации психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации.

*Бородкина Л.В.*

### **Влияние развития социально-перцептивной компетентности на уровень тяжести депрессии в юношеском возрасте в процессе групповой психотерапевтической работы**

*Санкт-Петербургская медицинская академия  
последипломного образования*

В данном исследовании предпринята попытка установления взаимосвязи между особенностями социально-перцептивных навыков у депрессивных больных юношеского возраста и уровнем тяжести депрессивного состояния. После определения особенностей социальной перцепции у депрессивных больных в предварительном экспериментальном исследовании [1, 2] нами был разработан и апробирован психотерапевтический тренинг для развития социоперцептивных навыков больных, страдающих депрессией. Далее нами была прослежена динамика социоперцептивных навыков и уровня депрессии до и после психокоррекционного воздействия.

**Основной целью** данного исследования явились разработка программы групповой психотерапии, направленной на развитие социальной перцепции, а также оценка эффективности данного вида коррекционной работы для депрессивных больных. Исследовательской проверке были подвергнуты две гипотезы: 1) повышение навыков социальной перцепции больных, страдающих депрессией, способствует снижению уровня депрессии; 2) нарушения в навыках социальной перцепции у людей, страдающих депрессией, поддаются развитию в процессе тренинга. В исследовании приняли участие 44 пациента с ведущим депрессивным синдромом, в возрасте от 17 до 24 лет, средний возраст испытуемых – 20 лет. Все больные находились на стационарном лечении в Тверском областном психоневрологическом диспансере, в период с апреля по декабрь 2009 года. Наличие депрессивной симптоматики устанавливалось лечащим врачом психиатром (шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDSR) и по результатам опросника депрессии Бека (BDI). Была выделена основная группа – 22 пациента, которые прошли групповую психотерапию, направленную на коррекцию особенностей социальной перцепции, и контрольная группа – 22 пациента, не прошедших психотерапевтический тренинг социальной перцепции. Все больные получали сходную фармакотерапию. И основная, и контрольная группы состояли из двух подгрупп, разделенных по гендерному признаку, т.е. коррекция проводилась параллельно в мужской и женской группах (10 мужчин и 12 женщин). Для исследования социоперцептивных навыков больных, страдающих депрессией, был выбран метод косвенного моделирующего эксперимента, предложенный и апробированный Д.Н. Хломовым, для диагностики восприятия межличностных взаимодействий [3]. Метод включает в себя 4 методики, направленные на исследование диапазона воспринимаемых собственных взаимодействий, а также на исследование особенностей восприятия межличностных взаимодействий в диаде и в группе.

В результате предваряющего коррекционное воздействие исследования нами были выделены характерные особенности социальной перцепции в сфере межличностных взаимодействий у больных, страдающих депрессивными расстройствами, в сравнении со здоровыми испытуемыми. В наибольшей степени у данного контингента больных нарушено восприятие межличностных взаимодействий в паре и восприятие собственных взаимодействий. В меньшей степени нарушено восприятие межличностных взаимодействий в группе.

В результате нашего исследования были получены данные, подтверждающие обе гипотезы.

Уровень тяжести депрессии взаимосвязан с уровнем развития навыков социальной перцепции. Чем выше уровень депрессии, тем более выражено восприятие конфликтных ситуаций во взаимодействии, восприятие зависимых отношений между людьми и восприятие отношений как формальных, безэмоциональных. Чем более выражен уровень депрессии, тем сложнее больным воспринимать ситуацию собственного взаимодействия как ситуацию дружеских отношений, и сложнее воспринимать себя как активного участника взаимодействия.

После тренинга социально-перцептивной компетентности произошло снижение уровня нарушений всех процессов социальной перцепции. В наибольшей степени тренинг оказался эффективным для развития навыков восприятия межличностных взаимодействий в паре и собственных взаимодействий.

Таким образом, после тренинга социальной перцепции произошло развитие наиболее нарушенных навыков:

1. В восприятии межличностных взаимодействий в паре после тренинга наблюдается:

- а) снижение по параметру «негативные переживания»: 28,5% больных из основной группы в восприятии межличностного взаимодействия приписывают положительные переживания и допускают принятие партнерами друг друга.
- б) изменения по параметру «восприятие отношений как формальных, дружеских, производственных, семейных»: 85,7% исследуемых больных из основной группы стали воспринимать ситуации межличностного взаимодействия как дружеские отношения и в меньшей степени стали воспринимать отношения как зависимые.
- в) снижение по параметру «восприятие отношений как конфликт»: только 28,5% исследуемых больных стали воспринимать ситуацию как конфликт, 66,6% больных начали воспринимать ситуацию как уход от конфликта при несогласии одного из партнеров по общению.

2. В восприятии собственных взаимодействий после тренинга наблюдается:

- а) снижение по параметру «избегание эмоциональных проявлений»: только 42,8% исследуемых больных продолжали избегать эмоци-

ональных переживаний в процессе собственных взаимодействий с другими людьми. И уже 57,2% больных стали стремиться к выражению эмоций.

- б) снижение по параметру «восприятие отношений как формальных, дружеских, производственных, семейных»: 70% исследуемых больных свои отношения с другими людьми начали воспринимать как отношения зависимости с включением эмоционального компонента.
- в) повысился показатель по параметру «восприятие собственной активности во взаимодействии»: уже 90% больных стали воспринимать себя в межличностном взаимодействии активным, с взятием инициативы в общении на себя.

3. В восприятии межличностного взаимодействия в группе наблюдается:

- а) по параметру «восприятие отношений как формальных, дружеских, производственных, семейных»: у 60% исследуемых больных повысилась способность воспринимать ситуацию взаимодействия в группе как дружеские отношения, с включением эмоционального компонента. И только 40% больных продолжают воспринимать ситуацию взаимодействия как формально – общественную.

После тренинга социальной перцепции у больных депрессией произошло статистически значимое снижение уровня депрессии, тогда как в контрольной группе снижение уровня депрессии не достигло статистически значимых показателей. Таким образом, сочетание фармакотерапии с тренингом социальной перцепции приводит к большему снижению уровня депрессии, чем при проведении только фармакотерапии.

Спецификой разработанного нами тренинга социальной перцепции является сочетание упражнений, направленных на развитие нарушенных социоперцептивных навыков и упражнений, опирающихся на сохраненные социоперцептивные навыки.

Включение тренинга социальной перцепции в состав психосоциальных мероприятий позволит повысить качество оказания медицинской помощи и уровень реабилитации депрессивных больных.

### **Литература:**

1. Бородкина Л.В. Особенности восприятия межличностных взаимодействий при депрессивных расстройствах в юношеском возрасте. // Вопросы психического здоровья детей и подростков.- М., 2009, № 2.
2. Бородкина Л.В. Особенности социально-перцептивных навыков при депрессивных расстройствах в старшем подростковом возрасте. /

*Союз опыта и молодости в науке и практике здравоохранения: сб. научных трудов. – Тверь, 2009.*

3. Холмов Д.Н. *Особенности восприятия межличностных взаимодействий больными шизофренией. Дисс. ... канд. психол. наук. – М., 1984.*

**Будай Н.Н.**

## **Трудоголизм на разных возрастных этапах**

*ПГИ «Со-действие». Москва*

В психологической и медицинской литературе феномен трудоголизма не освещён, хотя данное явление было издавна известно. Термин «трудоголизм» ввёл американский психолог Уэйн Отс в 1970 году, соединивший два слова «труд» и «алкоголик», чтобы подчеркнуть сходство между 2 видами зависимости. Существует следующее определение трудоголизма – «это бегство от реальности посредством изменения своего психического состояния, в данном случае достигающегося сверхценной фиксацией на работе». В Интернет-источниках много синонимов определения «трудоголизм» – «синдром отличника», «пленник чужих ожиданий», «успехоголизм», «невроз отличника», «болезнь высоких стандартов», «homo stremariog» [1], эргофилия» [2]. В профессиональной среде такая зависимость называется «синдром профессионального выгорания». Актуальность исследования данной проблемы заключается в необходимости расширения наших представлений о данном феномене. До сих пор остается нерешенным ряд важнейших аспектов. Что такое трудоголизм? Это психологическая зависимость или психическое заболевание? Нет основательных исследований в области описания данного феномена, изучения его динамики, анализа роли различных факторов в его формировании, разработки мер профилактики при утрированной степени его выраженности. Данные исследования тем более важны на современном этапе с учетом того, что трудоголизм в ряде стран (в частности, в Японии) представляет уже серьезное, социальное явление.

**Целью** настоящего сообщения является анализ развития трудоголизма в различные возрастные периоды жизни человека, выявление роли некоторых биологических и социально-средовых факторов в его формировании, разработка мер профилактики декомпенсации «трудоголика». В на-

стоящем исследовании будет обсуждаться вариант «трудоголизма», как социально приемлемый вариант поведения.

Анализ показывает, что в формировании трудоголизма принимает участие ряд факторов, а именно: личностные характеристики, социально-средовые факторы, которые оказывают патопластическое влияние.

Рассмотрим особенности формирования трудоголизма в различные возрастные периоды: в дошкольном (3 – 7 лет) и раннем школьном возрасте (7 – 11 лет), пубертатном (11 – 16 лет) и юношеском (17 – 22 лет) возрастах.

При формировании трудоголизма в дошкольном и раннем школьном возрасте превалирует познавательная и игровая активность. Ребёнок в дошкольном возрастном периоде акцентируется преимущественно на занятиях, которые связаны с умственной деятельностью, например, собирание кубиков из 4 предметов, при этом может формироваться механизм гиперответственности, проявляющийся в стремлении перепроверить правильность выполнения задания. Он стремится быть первым среди других, для него важна позитивная оценка его деятельности, в частности, лицами ближайшего окружения. В школьном возрасте у ребенка сохраняется стремление быть исключительно первым, что проявляется в ответственности выполнения школьных заданий, стремлении получать лишь хорошие оценки, он может трудиться, не считаясь со временем. Такой стиль поведения в дошкольном, а затем и раннем школьном возрасте формируются у детей преимущественно с психастеническими, статотимическими, шизоидными и кататимными личностными чертами. Среди социально-средовых факторов важную роль в возникновении «трудоголизма» у детей играет механизм влияния на него ближайшего окружения – родителей, их императивы «ты самый умный», «ты самый лучший»; их желание сформировать у ребенка активные жизненные позиции; свойственные родителям стили воспитания, обозначаемые как «Ежовые рукавицы», «Золушка», а также и завышенные требования со стороны воспитателей.

В подростковом возрасте наиболее ярким проявлением феномена трудоголизма является «синдром отличника». Следует отметить, что есть категория детей, которая учится в силу развитого внутреннего познавательного интереса, но которые умеют переключаться на другие виды деятельности – кружки, секции, увлечения. Для «синдрома отличника», в свою очередь, характерно то обстоятельство, что основное место в жизни занимает учебный процесс, при этом могут сосуществовать, как собственная высокая мотивация на достижение успеха, так и внешняя мотива-



ция, когда отличник действует в силу принуждения, навязанного чувства долга, давления со стороны родителей с целью получения от них похвалы. Во взглядах отличника преобладает дихотомическое мышление по принципу «все или ничего». В этом периоде могут формироваться увлечения каким-либо видом практической или интеллектуальной деятельности с желанием в последующем выбрать это своей профессией, с расширением знаний в этой сфере (изучение литературы, постановка собственных опытов, собрание коллекций и т.д.). С психодинамической концепции С.Джонсона схизис в данной структуре личности сопровождается низкой фрустрационной толерантностью, драматизацией и сверхобобщением в связи с высокими притязаниями родителей, а потом интернализированных императивов. Эти императивы занимают неподобающее место в персональном «self», провоцируя акцентированное отношение к успехам. Фрустрационная и дефицитарная, имеющая свою автономию личность ищет внешнего одобрения и успехов у других, забывая про своё глубинное и интимное «ego».

Среди подростков с феноменом «трудоголизма», помимо личностей, указанных для детей раннего возраста, имеет место и тип личности, обозначаемый как «нарциссический». Среди стилей воспитания и в этом возрасте по-прежнему доминирует гиперопека по типу «Золушки» и «Ежовые рукавицы», который считается дисгармоничным и ригидным и формирует «переоценщика» своих собственных возможностей. Необходимо, однако, отметить, что родительский авторитет может оказывать меньшее влияние на подростка, чем на детей в раннем дошкольном и школьном возрасте. В подростковом возрасте могут появляться иные «кумиры», которых он «копирует», берет за образец, следуя их творческой активности. Среди дополнительных социальных факторов, провоцирующих развитие данного феномена, – это нахождение в классе в статусе «лидера». Как правило, по результатам социометрии Я.Морено эти дети набирают много положительных выборов со стороны других учащихся класса, к ним часто обращаются за помощью в выполнении домашних заданий, они пользуются авторитетом не только у учеников, но и учителей.

В юношеском возрасте (17 – 22) феномен «трудоголизма» приближается к своему полному формированию. Так, в студенческие годы в ВУЗе студенты старательно учатся, не берут больничных листов, не прогуливают занятия, переносят всё на ногах, тем самым астенизируясь, получая заболевания, связанные со стрессом по шифру F40. У зависимого от успехов

формируется низкая толерантность к страху получить оценку «хорошо» или фобия «условно плохой оценки». «Трудоголик» не способен выражать свои собственные потребности, просить о помощи, так как родительские императивы сформировали «фальшивое эго», и его идентичность находится в других, а презентация – это атрибутика похвал, грамот, наград, и т.д. В этом случае это «иллюзии всемогущества», основанные на внешних атрибутах отличий, тесно идентифицирующихся с трудоголиком. У таких аддиктов в интерперсональных отношениях возникает слияние с другим «архаическим omnipotentem (всемогущим) человеком, в процессе которого при хорошем варианте – это созависимые отношениях, при плохом варианте – это виктимное поведение одного из них.. В чрезмерной ответственности за других и попытках удовлетворения их потребностей (гиперальтруизм – помощь другим, который перерастает когда он поступает на работу в самопожертвование), проявляется компенсаторное самовозвышение. Из таких студентов, как вариант нормы, могут выйти известные изобретатели, ученые, художники и т. д. В юношеском возрасте при формировании феномена «трудоголизма» внутренние императивы заметно преобладают над социально-средовыми факторами.

На последующих этапах своего развития при заострении и углублении степени своей выраженности «трудоголизм» может представлять опасность как для самого «трудоголика», так и для общества (подобная проблема возникла и актуальна, например, в Японии).

Именно поэтому представляется необходимой разработка системы профилактических, в частности, психотерапевтических мероприятий, направленных на предупреждение декомпенсации «трудоголиков». В психотерапии акцент желательно строить на том, чтобы нивелировать отдельные проявления «трудоголизма», подвергнуть сомнению убежденность в необходимости четкого порядка, совершенства, научить умению выражать и учитывать свои потребности, разделению главного и второстепенного и т.д. Это также обучение навыкам релаксации, переключения на другие виды деятельности, формированию хобби.

### **Литература:**

1. Котляров А.В. *«Другие наркотики или Ното Addictus»*, серия «Психология успеха», Институт Психотерапии и клинической психологии, 2006 год, стр. 207
2. Горбач И.Н. *Медико-терминологический словарь, справочное пособие*, издательство «АСТ», 2005 год.

*Ватолина М.А.*

## **Клинико-социальные особенности пациентов психоневрологического стационара с учётом гендерных факторов**

*ОГУЗ «Смоленский областной психоневрологический  
клинический диспансер»*

**Цель исследования:** изучить с учётом гендерных различий клинико-социальные особенности пациентов психоневрологического стационара.

**Материалы и методы:** клинический материал, отобранный методом сплошной выборки с августа 2009 г. по март 2010 г., составили 277 пациентов (137 мужчин и 140 женщин), госпитализированных в стационарное отделение круглосуточного пребывания ОГУЗ «Смоленский областной психоневрологический клинический диспансер», рассчитанное на 100 коек.

Состояние больных оценивалось с применением клинико-психопатологической и клинико-динамической методики обследования врачами-психиатрами, а также экспериментально-психологически медицинскими психологами. В целях дополнительной ретроспективной оценки особенностей предшествующего течения болезни использовался клинико-катамнестический метод, базирующийся на изучении медицинских карт амбулаторных больных, архивных историй болезни стационарных больных, а также интервьюировании родственников пациентов.

Сведения о пациентах фиксировались в разработанной специально для данного исследования, индивидуальной регистрационной карте, включающей такие разделы как социодемографический (фамилия, имя, отчество, пол, возраст, место жительства, образование, семейное положение, материальные и жилищно-бытовые условия, наличие инвалидности по психическому или соматическому заболеванию, дееспособность и наличие опекуна), клинический (нозологическая и синдромальная оценка психического состояния на момент поступления в стационар, наличие сопутствующей хронической соматической патологии, плановость настоящей госпитализации и кратность стационарирования на протяжении жизни, режим амбулаторной психофармакотерапии в течение последних трёх месяцев до поступления). Полученные данные статистически обрабатывались с использованием пакета математических программ SPSS (версия 13). Рассчитывались средние величины (M), стандартные отклонения (SD) и

95% доверительный интервал. Сравнение показателей в группах выполнено с помощью критериев  $\chi^2$  и Стьюдента. Отношение шансов ОШ рассчитывалось по формуле:  $A/B : C/D$ , где А – наличие изучаемого показателя в группе 1, С – наличие изучаемого показателя в группе 2, В – отсутствие изучаемого показателя в группе 1, D – отсутствие изучаемого показателя в группе 2. За статистическую достоверность различия принималось значение  $p < 0,05$ .

**Результаты:** на период исследования средний возраст пациентов мужского пола составил  $38,63 \pm 15,3$ , женского –  $42,62 \pm 14,2$  лет. При этом среди женщин преобладают лица пенсионного возраста (27,1%), а среди мужчин – молодого (на долю возрастной группы 26 – 35 лет приходится 24,8%).

Большинство пациентов в обеих группах получили образование не ниже среднего (78,8% среди мужчин и 75,0% среди женщин), а 12,4% (от общего числа) мужчин и 21,4% (от общего числа) женщин имели высшее образование (статистически значимых различий в структуре градаций образования в группах не выявлено,  $p = 0,04$ ). Однако, несмотря на изначально существующие потенциальные возможности трудоустройства, не работали 85,4% мужчин и 80% женщин ( $p = 0,000$ ), социальное пособие по инвалидности вследствие психического заболевания было единственным источником дохода для 58,4% мужчин и 38,6% женщин ( $p = 0,000$ ), что в обеих группах составляет большинство.

Среди работающих женщин преобладают работники умственного труда, составляющие 66,7%, в то время как 55,6% мужчин выполняет квалифицированный физический труд ( $p = 0,000$ ). Дееспособности лишены по 3,6% мужчин и женщин, во всех случаях имеется опекун, которым является физическое лицо (член семьи).

В структуре семейных отношений мужчин и женщин выявлены статистически достоверные различия ( $\chi^2 = 30,8$ ,  $p = 0,000$ ). На момент обследования в браке состоит 22,1% женщин и 26,5% мужчин. Среди мужчин на официально незарегистрированный брак приходится 0,7%, среди женщин – 2,9%. Никогда не были замужем или женаты 42,9% женщин и 64,7% мужчин; доля разведенных среди женщин – 22,1% против 4,4% мужчин. Овдовевших в числе женщин – 10%, у мужчин – 2,9%, что связано с влиянием возрастного фактора (среди женщин преобладают лица пенсионного возраста).

Таблица 1.

**Распределение больных по нозологиям и частота их представленности в исследуемом контингенте**

Диагноз	код диагноза по МКБ-10	Мужчины		Женщины	
		Абс. число	%	Абс. число	%
Деменция	F01-02	6	4.4	2	1.4
Органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами	F04	2	1.5	0	0
Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью	F06	20	14.6	31	22.1
Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга	F07	24	17.5	6	4.3
Шизофрения	F20	67	48.9	68	48.6
Шизотипическое расстройство	F21	4	2.9	5	3.6
Хронические бредовые расстройства	F22	0	0	1	0.7
Острые и преходящие психотические расстройства	F23	4	2.9	4	2.9
Биполярное аффективное расстройство	F31	1	0.7	8	5.7
Депрессивный эпизод	F32	1	0.7	3	2.1
Рекуррентное депрессивное расстройство	F33	1	0.7	4	2.9
Паническое расстройство	F41	0	0	1	0.7
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации	F43	0	0	1	0.7
Диссоциативные (конверсионные) расстройства	F 44	0	0	1	0.7
Смешанные и другие расстройства личности	F61	1	0.7	0	0
Умственная отсталость	F70-71	6	4.4	5	4.7
Итого		137	100	140	100

Большинство пациентов проживают с близкими родственниками

в благоустроенных квартирах (61,3% мужчин и 47,9% женщин); на долю одиноко проживающих приходится по 12,4% и 12,9% среди мужчин и женщин соответственно.

Таблица 2.

**Синдромальная оценка состояния пациентов стационара  
на период исследования**

Синдром	Мужчины N=137	Женщины N=140	P*
Астенический синдром	26.6%	21.3%	0.002
Сенесто-ипохондрический синдром	0%	0.7%	0.3
Тревожный синдром	0.7%	1.5%	0.01
Обсессивно-фобический синдром	1.5%	1.4%	0.3
Ипохондрический синдром	3.6%	5.7%	0.4
Депрессивные синдромы различной клинической структуры	8%	12.9%	0.05
Психопатоподобный синдром	0.7%	1.5%	0.01
Маниакальный синдром	4.4%	2.1%	0.5
Параноидный синдром	2.9%	10.1%	0.08
Паранойяльный синдром	2.9%	5.7%	0.4
Парафренный синдром	0.7%	0	0.07
Бредовое состояние острое	2.9%	2.1%	0.8
Галлюциноз острый	0.7%	2.9%	0.2
Синдром Кандинского-Клерамбо острый	5.1%	3.6%	0.4
Синдром Кандинского-Клерамбо хронический	0.7%	0	0.07
Ступор кататонический	1.5%	0	0.04

\*односторонняя значимость.

Диагностическая квалификация состояния больных отличалась разнообразием. Почти половина случаев в нозологической структуре (таблица 1) и у мужчин, и у женщин приходится на различные формы шизофрении (F20). Второе по частоте место у мужчин занимают расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F07), у женщин – другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06).

Как видно из таблицы 2, значительную часть в синдромальной структуре психических нарушений в обеих группах составляют астенические синдромы, наблюдаемые, в первую очередь, в клинической картине у пациентов с различными поражениями головного мозга органической этиологии, доля которых оказалась велика в исследуемом контингенте. Широко представлена группа бредовых синдромов, как среди мужчин, так и среди женщин, что соотносится с нозологическим анализом выборки, свидетельствующем о преобладании расстройств шизофренического спектра.

Сопутствующая хроническая соматическая патология, выявленная в 47,8% и 66,4% среди мужчин и женщин, соответственно, была представлена болезнями нервной системы (у мужчин – 16,2%; у женщин – 5%), сердечно-сосудистой (у мужчин – 12,5%; у женщин – 15%), эндокринной (у мужчин – 0,7%; у женщин – 2,1%), желудочно-кишечного тракта (у мужчин – 1,5%; у женщин – 0,7%),  $p=0,03$ . Более одного сопутствующего заболевания отмечено у 16,1% мужчин и 35% женщин ( $p=0,002$ ).

В подавляющем большинстве случаев основной причиной госпитализации послужило ухудшение психического состояния (69,9% мужчин и 86% женщин,  $p=0,03$ ), по экстренным показаниям стационарированы 25,5% мужчин и 51,4% женщин. Ввиду необходимости решения социальных вопросов (оформление группы инвалидности, направления в дом-интернат для психически больных и пр.) были госпитализированы 26,5% мужчин и 9,3% женщин.

Настоящая госпитализация явилась первичной только для 16,2% мужчин и 16,4% женщин ( $p=0,9$ ). Анализ показал, что около половины мужчин (45,5%) стационарируется ежегодно, в то время как для большинства обследованных женщин (36%) кратность госпитализаций на протяжении жизни меньше – не чаще, чем раз в 2 – 3 года.

На диспансерном учёте у врача-психиатра состоят 83,9% мужчин и 73,6% женщин,  $p=0,03$ . При этом более трети больных (36,4% мужчин и 32% женщин,  $p=0,4$ ), несмотря на наличие показаний, не соблюдают режим психофармакотерапии в амбулаторных условиях.

### **Выводы:**

1. Среди стационарных пациентов женского пола преобладают лица пенсионного возраста (27,1%), среди мужчин – пациенты молодого возраста (на долю возрастной группы 26-35 лет приходится 24,8%). Около половины больных обеих групп являются инвалидами по

- психическому заболеванию, при этом пенсия по инвалидности служит основным источником средств к существованию.
2. В структуре госпитальной патологии преобладают больные шизофренией, доля их одинакова среди мужчин (48,9%) и женщин (48,6%).
  3. Наиболее часто как у мужчин, так и у женщин наблюдаются астенические, аффективные и бредовые синдромы.
  4. Среди сопутствующих соматических заболеваний у женщин преобладает патология со стороны сердечно-сосудистой системы (15%), у мужчин – нервной системы (16,2%). У женщин чаще регистрируется сопутствующая полипатология (66,4% против 47,8% у мужчин,  $p=0,03$ ).
  5. Женщины достоверно реже состоят на диспансерном учете и нарушают режим амбулаторной психофармакотерапии, частота экстренной госпитализации среди них выше, чем у мужчин.

Полученные данные могут быть использованы в целях повышения качества диспансерного наблюдения, оптимизации психофармакотерапии больных в амбулаторных условиях, организации психосоциальных мероприятий в общей тактике ведения больных с психическими расстройствами.

*Вдовенко А.М.*

### **К вопросу о клинической типологии манифестных депрессивно-бредовых приступов юношеского эндогенного приступообразного психоза**

*Научный центр психического здоровья РАМН, Москва*

Большинство специалистов в области изучения юношеских эндогенных психозов особую важность придают их исследованию с позиций клинико-динамического подхода, при котором данная проблема рассматривается в свете особого психобиологического влияния пубертатного кризового периода.

Именно этап активного личностного и морфобиологического созревания, на котором происходит манифестация психоза, определяет, с одной стороны, большой полиморфизм и нозологическую неспецифичность формирующихся психопатологических расстройств, а с другой, придает «пубертатную окраску» и возрастную специфичность их проявлений.



Наряду со случаями с другими картинами манифестных приступов, это в должной мере касается и случаев с картиной манифестных приступов с доминированием депрессивно-бредовых расстройств.

Необходимость специального изучения этих состояний обусловлена и тем, что при формальном сходстве в реализации алгоритма формирования депрессивно-бредовых состояний в юношеском возрасте, существуют значительные отличия их клинической картины по сравнению со зрелым возрастом и связанные с ними сложности их распознавания и дифференциальной диагностики, что подчеркивалось рядом исследователей [Симашкова Н.В., 1984; Каледа В.Г., 1998; Кузюкова А.А., 2007]. Причем значение возрастного фактора здесь не исчерпывается патопластическим его влиянием на клиническую картину болезни, он играет важную роль в патогенезе этих специфических юношеских психопатологических симптомокомплексов.

Частота манифестации юношеских эндогенных приступообразных психозов (ЮЭПП) приступом депрессивно-бредовой структуры относительно невелика: около 14,7% манифестных эндогенных психозов [Каледа В.Г., 2010], что не только не умаляет ценности изучения указанных состояний, но и делает его еще более востребованным в связи с большими трудностями при их диагностике.

В настоящем сообщении представлены данные предварительного анализа 50 больных клинической группы, стационарировавшихся в Клинику Центра или в ПБ№ 15 в период 2006 – 2010 гг., в юношеском возрасте (16 – 25 лет) в связи с первым приступом юношеского эндогенного психоза с преобладанием депрессивно-бредовых расстройств. Возраст к моменту первичного обследования составил: 15 – 17 лет. – у 4-х пациентов, 18 – 20 – у 15, 21 – 25 – у 31.

Нозологически при первичной диагностической квалификации больные были отнесены к рубриками F20, F25.

В результате клинико-психопатологического анализа 50 больных на основании степени структурного полиморфизма были выделены следующие два типа: структурно-простые депрессивно-бредовые приступы гомономной структуры (I тип) и структурно-сложные – депрессивно-бредовые приступы гетерономной структуры (II тип). Причем второй тип приступов разделен на 2 подтипа по степени доминирования депрессивного или бредового симптомокомплекса на гетерономный с доминированием бреда (подтип IIa) и гетерономный с доминированием депрессии (подтип IIb). Гомономные депрессивно-бредовые приступы (22% случаев,

11 больных) отличались неконгруэнтными острыми интерпретативными монотематическими бредовыми идеями с ипохондрической, персекуторной фабулой. Для гетерономных приступов с доминированием бредового симптомокомплекса (40%, 20 больных) было характерно сочетание интерпретативного и чувственного механизмов образования. На высоте состояния развивался синдром Кандинского, причем в 45% случаев к нему присоединялись симптомы малой кататонии. При гетерономных приступах с доминированием депрессивного симптомокомплекса (38%, 19 больных) приоритетным было участие острого чувственного бреда при наличии элементов острого интерпретативного. Фабула бредовых идей была подвижна, тяготела к фантастичности. На следующем этапе можно было говорить о присутствии антагонистического бреда, с четкой тенденцией присоединения онейроидного помрачения сознания и явлений кататонии.

Для формализованной оценки выделенных типов приступов ЮЭПП депрессивно-бредовой структуры и более четкого выявления психопатологических различий между ними были использованы унифицированные оценочные шкалы PANSS (позитивная субшкала и пункты 1,2,4,8,9,15,16 общей субшкалы) и HDRS (17 пунктов). Наибольшая выраженность бредовых расстройств наблюдалась при II типе приступов, с некоторым приоритетом подтипа IIa. При этом наибольшая выраженность депрессивных расстройств по данным шкалы Гамильтона была отмечена при IIb подтипе.

На основании анализа динамики выраженности бредового синдрома при обоих типах первого приступа относительно патокинеза развития психоза в целом, оказалось, что заметная критическая и наиболее полная редукция бредовых расстройств отмечалась при I типе, а при IIa и IIb подтипах она в целом была сходной, лишь с некоторым запозданием, при подтипе IIb, что свидетельствует о том, что выход из приступа сопровождался здесь продолжительным сохранением бредовых идей субпсихотического уровня.

Относительно динамики депрессивных расстройств по шкале Гамильтона следует отметить, что здесь, как ожидалось, наибольшая представленность симптомов депрессии прослеживалась при подтипе IIb, причем по скорости обратного развития депрессивной симптоматики этот подтип также существенно уступал двум другим. Исходя из полученных данных, можно предполагать, что при высокой интенсивности у больных с подтипом IIb как бредовых так и депрессивных расстройств, здесь прослеживается отчетливая тенденция к наиболее литическому, в сравнении с двумя другими изученными клиническими разновидностями депрессивно-бредовых состояний, затяжному формированию этапа становления ре-

миссии, что, однако, не отражает качества и полноты наступавшей ремиссии, а также степени прогрессивности заболевания в целом, и даже нередко обнаруживает обратную зависимость. Однако эти данные во многом предварительные и требуют дополнительной проверки на основании детального анализа результатов, полученных в процессе изучения кататонического материала. К основным обнаруженным психопатологическим особенностям изученных приступов следует отнести:

1. Значительный полиморфизм картины и частую незавершенность синдрома.
2. Атипичность и дисгармоничность депрессивной триады с акцентом на выраженности идеаторного торможения, при меньшем участии тимического и моторного компонентов.
3. Появление и сочетание на протяжении одного приступа нескольких радикалов депрессии (тревога, апатия, астения, дисфория).
4. Направленность у больных «вектора вины» вовне.
5. Частое одновременное сочетание острого чувственного и интерпретативного бреда, при разной доле их участия в формирующемся психозе.
6. Относительно высокий процент соучастия кататонической симптоматики в картине приступа.
7. Высокий удельный вес когнитивных нарушений, их длительное и медленное обратное развитие.
8. Особенность формирования критики, ее формальность, тенденции к недооценке перенесенного состояния и его последствий, формирование избегающих и вытесняющих стратегий поведения, что закономерно приводит к низкому комплайенсу и повышению риска рецидивов у этой категории больных, по сравнению с когортой зрелого возраста.

Таким образом, можно говорить о том, что предложенная типологическая дифференциация клинических разновидностей первых приступов с доминированием депрессивно-бредовых расстройств при юношеских эндогенных приступообразных психозах, позволила проанализировать характер взаимодействия структурных психопатологических единиц симптомов и синдромов острого манифестного депрессивно-бредового приступа в юношеском возрасте и установить отчетливые различия как в их клинической семиотике, так и в закономерностях, лежащих в основе реализации их патокинеза. Полученные результаты дают нам возможность сделать предположение об определенной диагностической и про-

гностической ценности выделения клинических разновидностей манифестных депрессивно-бредовых приступов юношеского возраста, что планируется уточнить в дальнейшем на основании анализа данных ка-тамнестической части материала, а также с учетом вклада других клинико-патогенетических и клинико-биологических характеристик изученных больных.

*Деменева А.А.*

## **К вопросу о типологии деперсонализационных расстройств в рамках эндогенных депрессий**

*Научный центр психического здоровья РАМН, Москва*

Проблема деперсонализации остается одной из наиболее актуальных проблем психиатрии, интерес исследователей к этой проблеме обусловлен, в первую очередь, сложностью и нерешенностью многих вопросов, касающихся феноменологии, психопатологии и типологии деперсонализационных расстройств [Haug K., 1936; Storring E., 1939; Смулевич А.Б., Воробьев В.Ю., 1973; Scharfetter K., 1984; Ахапкина М.В., 1993]. Со времени их выделения, данные нарушения являются объектом пристального внимания не только психиатров, но и психологов, философов, социологов, что свидетельствует об отсутствии единства взглядов на их принадлежность к психическим расстройствам. До настоящего времени не решена проблема феноменологии деперсонализации, дискутируются границы феномена и правомерность отнесения к нему различных расстройств. Недостаточно изученными являются динамика феномена отчуждения и взаимосвязь его с другими психическими расстройствами [Каннабих Ю., 1914; Ackner B., 1954 и др.].

**Целью** работы являлось изучение психопатологической структуры эндогенных депрессий с деперсонализационными расстройствами, разработка их типологии, установление связи явлений деперсонализации с другими психопатологическими феноменами.

**Материалы и методы исследования.** В соответствии с целями и задачами работы было изучено 57 больных, в том числе 39 женщин и 18 мужчин. Критерием отбора больных служило наличие деперсонализационных расстройств в клинической картине эндогенных депрессий. Возраст паци-

ентов к моменту обследования варьировал в пределах 16-53 лет (средний возраст 34,5 года). Преобладающее большинство наблюдений относилось к молодому и среднему возрасту. Манифестация психического заболевания отмечалась в возрасте 12-33 лет, чаще начало заболевания приходилось на пубертатный возраст. Основными методами исследования являлись клиничко-психопатологический и клиничко-катамнестический. У всех больных изучалось также соматическое и неврологическое состояние, проводилось психологическое, а так же ЭЭГ-исследование.

**Результаты исследования:** в процессе проведенного исследования в зависимости от длительности и характера проявлений деперсонализационных расстройств в рамках эндогенных депрессий были выявлены 3 группы пациентов, у которых, соответственно, наблюдались острая, подострая и хроническая формы деперсонализации.

**Острая деперсонализация** (26 больных – 45,7% наблюдений) протекала в виде «приступа» по продолжительности варьировавшего от нескольких минут до нескольких часов, явления деперсонализации носили пароксизмальноподобный характер, сопровождалась выраженным аффектом тревоги, массивными вегетативными проявлениями в виде телесной дрожи, тошноты, потливости, сердцебиения. В случаях острой деперсонализации были выделены следующие 4 разновидности деперсонализационных расстройств: состояния, сопровождающиеся страхом смерти; состояния, сопровождающиеся страхом «сойти с ума»; состояния, проявляющиеся отчуждением своего психического «Я» и состояния, с ощущением нереальности окружающего.

*Состояния, сопровождающиеся страхом смерти (9 больных).* Деперсонализационные проявления этой разновидности острой деперсонализации наблюдались в ходе серии внезапно возникающих «приступов» тревоги с наличием сердцебиения, «чувства нехватки воздуха», приливами жара, дрожью во всем теле. Такое состояние за считанные секунды достигало своего апогея. На высоте состояния появлялось неопределенное, трудноописуемое самими пациентами ощущение того, что «внутри что-то изменилось», появлялось чувство – «как-будто умираю», возникал интенсивный страх смерти. Следует отметить, что в большинстве случаев в ходе подобного «приступа» отмечались сенестопатии алгического и термического характера, локализуемые внутри головы, в конечностях, на лице, туловище, в области сердца. Часто больные отмечали внутреннее головокружение, дурноту. Весь комплекс деперсонализационных расстройств обнаруживал четкую корреляцию с аффектом тревоги. Это проявляется в син-

хронных с аффектом колебаниях интенсивности деперсонализационных жалоб. В целом, усиление или возникновение тревоги обычно предшествовало возникновению деперсонализационных расстройств, «приступы» по своей структуре отличались идентичностью, однотипностью.

*Состояния, сопровождающиеся страхом сойти с ума (11больных).* Явления деперсонализации наблюдались в виде внезапного возникновения чувств неопределенной внутренней измененности, потери контроля над собственными мыслями и действиями, также характеризовались наличием вегетативного симптомокомплекса, быстрым развитием «приступа», схожего по структуре с вышеописанным. Уровень тревоги у таких пациентов был значительно выше, чем в случаях предыдущей группы, в ряде случаев достигая уровня раптуса. Пациенты стремились находиться рядом с близкими людьми, отмечали невозможность пребывания в одиночестве, стремление постоянно находиться в движении. В ряде случаев пациентам казалось, что мысли текут слишком быстро или наоборот – отсутствуют.

Состояния острой деперсонализации со страхом сойти с ума пациентами переживались значительно тяжелее, чем описанные выше состояния со страхом смерти. В подавляющем большинстве случаев впервые подобные состояния возникали на фоне наличия психотравмирующей ситуации. В ряде случаев у одного и того же пациента в разные периоды заболевания отмечались различные виды острой деперсонализации (сопровождавшиеся и страхом смерти и страхом сойти с ума). Однако следует отметить, что они возникали не одномоментно, а последовательно, на различных этапах развития заболевания.

*Состояния, сопровождающиеся отчуждением своего психического «Я» (3больных)* характеризовались либо ощущением внутренней раздвоенности, сосуществования двух различных «Я», одно из которых беспристрастный наблюдатель действий другого, либо наблюдалось переживание нереальности «Я». Подобные состояния возникали внезапно, длительность их не превышала нескольких минут. В ряде случаев ощущение нереальности «Я» носило печать навязчивых сомнений по типу вопроса «Я–не–Я». Подобные состояния возникали на фоне уже существующей депрессии, с суточным ритмом колебаний настроения, улучшением к вечеру, чувством тоски с витальным компонентом. Развитие пароксизма с явлениями острой деперсонализации сопровождал аффект тревоги, часто чувство страха.

В случае *состояний с ощущением нереальности окружающего (3больных)*, наблюдались необычность, призрачность, отдаленность, бледность, расплывчатость окружающего; мир в это время воспринимался словно

через пелену, звуки становились как будто глухими, окружающее теряло объемность, цвет, состояние неизменно сопровождалось тревогой, вегетативными проявлениями в виде учащенного сердцебиения, потливости, похолодания конечностей.

**Подострая деперсонализация** (17 больных – 29,8% наблюдений) включала в себя состояния с деперсонализационными расстройствами, длительность которых составила от 1 до 6 месяцев, и которые были представлены соматопсихической деперсонализацией, ауто- и аллопсихической деперсонализацией, а также анестетической деперсонализацией. Было выделено три разновидности: -деперсонализация в рамках депрессии с превалированием тревоги; в рамках депрессии с преобладанием анестетических расстройств и – в рамках депрессии с бредом.

Деперсонализация *в рамках депрессии с превалированием тревоги* (9 больных) была представлена сомато-, ауто- и аллопсихическими ее разновидностями. Начало депрессии характеризовалось периодом сниженного настроения длительностью от 1 до 2 месяцев с тревогой, соматическими проявлениями депрессии в виде нарушений сна и аппетита. Нарастание интенсивности тревоги сопровождалось появлением деперсонализационных расстройств, которые не исчезали на протяжении всего времени развития депрессии. Аутопсихические деперсонализационные расстройства выражались в ощущении нереальности восприятия собственной личности, отсутствии эмоционального сопровождения двигательных актов, а также в общем мало дифференцированном чувстве внутренней измененности. Действия больных воспринимались как автоматические, лишённые произвольности и волевой насыщенности, неестественные и наигранные. Кроме того, у больных исчезало «чувство мышления», появлялось ощущение блеклости, тусклости представлений и воспоминаний. Соматопсихическая деперсонализация проявлялась в виде ощущения легкости или тяжести, пустоты в различных органах, появления отчуждения некоторых частей тела, отсутствии чувств сна, голода, насыщения, жажды, а также потере чувства завершенности, физиологического удовлетворения, эмоционального сопровождения физиологических актов. Объективно аппетит, сон, потенция, другие физиологические акты или не были нарушены, или их нарушение не соответствовало по степени тяжести жалобам. Аллопсихическая деперсонализация (дереализация) отличалась разнообразием и яркостью проявлений: окружающее воспринималось больными, как в сумерках, обесцвеченным, контуры предметов – расплывчатыми, утрачивалась пространственная ориентировка, чувство перспек-

тивы, иногда предметы казались удаленными на значительное расстояние, увеличенными в размерах, плоскими. Все проявления деперсонализации несомненно сопровождалось появлением тревоги, на них было сфокусировано внимание пациентов. *В рамках депрессии с преобладанием анететических расстройств (3 больных)* больными отмечались деперсонализационные расстройства в виде неполноценности чувств и эмоций, отсутствии «чувства хода времени», безразличия по отношению к тому, что ранее вызывало сильные эмоциональные переживания. Интенсивность деперсонализационных расстройств напрямую коррелировала с глубиной текущей депрессии. В ходе лечения деперсонализационные расстройства угасали по мере улучшения настроения больных. *В рамках депрессии с бредом (5 больных)* деперсонализация возникала на фоне сниженного настроения с тревогой, была представлена соматопсихическим ее вариантом. Необычные ощущения в органах и частях тела являлись для пациентов пугающими, необъяснимыми, быстро получали бредовую интерпретацию. Соматопсихическая деперсонализация у этих пациентов проявлялась не только в нарушении восприятия собственного тела и его частей, но и в исчезновении ощущений со стороны внутренних органов. Больные заявляли, что не чувствуют работу сердца, кишечника, прохождение пищи в желудок, позывов к мочеиспусканию, ощущали пустоту в полостях тела. Вышеописанные расстройства обязательно сопровождалось появлением идей, близких к ипохондрическому нигилистическому бреду. Больные предполагали гниение и распад внутренних органов, атрофию сосудов и нервов, неправильную циркуляцию крови. Фабула данных идей являлась нестойкой, высказывания пациентов имели характер предположений, они, в большинстве случаев, признавали болезненный характер своих высказываний.

При *хронической деперсонализации* (14 больных – 24,6% наблюдений) – наблюдались состояния с длительностью от 3 до 18 лет, в которых деперсонализационные симптомы были представлены сомато- и аллопсихическими разновидностями.

На первом этапе в картине депрессии деперсонализационные расстройства возникали в виде серии пароксизмов с массивной вегетативной симптоматикой, страхом смерти, возникающем на высоте тревожного «приступа». Пароксизмы имели характер «клише», постепенно увеличивалась частота их возникновения, нарастал уровень межприступной тревоги. Завершающим этапом развития деперсонализационных расстройств являлось развитие затяжного деперсонализационного состояния, дли-



тельностью от нескольких часов до 1,5 суток, и сопровождавшегося резко выраженной тревогой, а также выраженными вегетативными расстройствами. По окончании состояния уменьшалась интенсивность тревоги, появлялась деперсонализационная симптоматика, которая носила непрерывный характер, воспринималась, как самый мучительный симптом болезни, на котором было заострено внимание пациентов. Деперсонализационные симптомы становились жалобой первого плана. Больные не оценивали свое настроение, как резко сниженное, считая его прямым следствием их ощущений, таких, как ощущение размытости окружающих предметов, нереальности восприятия окружающего, отсутствием чувств голода, насыщения, чувства сна, позывов к мочеиспусканию. Отмечался суточный ритм колебаний настроения с небольшим улучшением в вечерние часы. Депрессия на данном этапе носила оттенок астеноподобной, с ощущением слабости, быстрой утомляемости, трудностей сосредоточения внимания, раздражительности, гиперчувствительности к громким звукам. Отмечалась общая притупленность всех чувств, как положительных, так и отрицательных. В результате лечения депрессивные жалобы исчезали в первую очередь, однако деперсонализационные проявления приобретали затяжной характер, оставаясь основным предметом повышенного внимания больных. Формировалась своеобразная ипохондрическая симптоматика: пациенты увлеченно занимались изучением научной литературы о деперсонализации, утрачивали прежние интересы, охотно и регулярно посещали врача, были полностью охвачены отслеживанием своего самочувствия.

**Выводы.** Проведенное исследование выявило неоднородность деперсонализационных расстройств, возникающих при эндогенных депрессиях. В рамках острой деперсонализации наблюдались четыре её разновидности: состояния, сопровождающиеся страхом смерти; состояния, сопровождающиеся страхом «сойти с ума»; состояния, проявляющиеся отчуждением своего психического «Я», и состояния с ощущением нереальности окружающего. В случаях подострой деперсонализации было выделено три её разновидности: деперсонализация в рамках депрессии с превалированием тревоги; в рамках депрессии с преобладанием анестетических расстройств и в рамках депрессии с бредом. Состояния с хронической деперсонализацией на данном этапе исследования представляются однородной группой. Была установлена взаимосвязь деперсонализационных расстройств с другими психопатологическими расстройствами.

Так, при острой деперсонализации была выявлена четкая корреляция аффекта тревоги и деперсонализационных проявлений; у пациентов с подострым видом течения была установлена взаимосвязь деперсонализационных расстройств с аффективными; в случаях с хроническим видом течения при снижении настроения отмечалось усиление интенсивности деперсонализационных проявлений.

*Дудук С.Л.*

### **Клинико-психопатологическая характеристика сосудистой деменции и болезни Альцгеймера**

*Учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно, Республика Беларусь*

До настоящего времени точность клинической диагностики сосудистой деменции (СоД) по данным аутопсии варьирует от 25 до 85% [4]. Особенно трудна дифференциальная диагностика в случае сосуществования болезни Альцгеймера (БА) и сосудистых изменений, то есть смешанной деменции, либо в случае дифференциальной диагностики смешанной деменции и СоД.

**Цель работы:** установить клинические и психопатологические особенности деменций позднего возраста (БА и СоД).

В течение 2007 – 2010гг. обследовано 114 пациентов с диагнозом СоД или БА. Все обследованные проживают в Гродненской области Республики Беларусь. Пациенты осматривались в период их стационарного обследования в общепсихиатрических отделениях Учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия – наркология», а в дальнейшем наблюдались амбулаторно. Все испытуемые были правшами.

Диагноз деменции устанавливался на основании клинико-психопатологических, психометрических, нейропсихологических и инструментальных данных (МРТ головного мозга) в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра (МКБ-10).

**Критериями включения в исследование являлись:**

1. диагнозы «Сосудистая деменция», «Болезнь Альцгеймера», «Смешанная деменция при болезни Альцгеймера»;
2. возможность получения в установленном объеме анамнестических сведений и социально-демографических характеристик пациентов;
3. получение информированного согласия пациента на участие в исследовании или – в случае лишения дееспособности – лица, осуществляющего за ним уход.

**Критерии исключения (МКБ-10):**

1. деменции при других заболеваниях (F02 – F03);
2. органический амнестический синдром (F04);
3. психические расстройства с делирием (F05);
4. галлюцинаторно-параноидные состояния;
5. наличие тяжелой интеркуррентной соматической патологии, находящейся в стадии обострения или декомпенсации на момент обследования;
6. наличие грубых нарушений органов зрения и слуха, которые могли повлиять на полноту проведения обследования;
7. наличие противопоказаний к проведению МРТ головного мозга.

Использованы следующие методы обследования: интервьюирование родственников и клинический осмотр пациентов; Шкала клинической оценки деменции (Clinical Dementia Rating, CDR) для установления этапа заболевания; Мини-тест оценки когнитивных функций (Mini-Mental State Examination, MMSE); Батарея лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery, FAB); Тест рисования часов (Clock Drawing Test, CDT); модифицированная шкала Хачинского (Modified Hachinski ischemia scale, MIS) для оценки выраженности церебрально-сосудистой патологии; гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale, GDeprS) для оценки эмоциональных нарушений; соматоневрологическое обследование; МРТ головного мозга.

Результаты исследования обработаны с помощью пакета программ «STATA10», применены методы непараметрической статистики.

**Результаты**

Клинические и социально-демографические характеристики обследованных пациентов обнаружили как общие, так и отличительные особенности.

Среди пациентов, страдающих БА, женщины составили 68,29%, среди пациентов с диагнозом СоД – 61,29%. Длительность деменции до 3 лет

была выявлена у 57,1% пациентов с БА и 54,8% – с СоД, до 1 года – в 30,9% и 19,4%, соответственно. Тяжелая деменция была определена у 19,1% больных в случае БА и у 19,4% – с диагнозом СоД. Бредовые симптомы имели место в состоянии 7, 1% пациентов, страдающих БА, и у 9,7% лиц с СоД. Некогнитивные расстройства отсутствовали у 69,1% больных БА и 45,2% пациентов с СоД. 13 (31,7%) пациентов с БА и 8 (25,8%) с СоД на момент обследования имели инвалидность в связи с деменцией.

Таким образом, подгруппы оказались сопоставимы по полу ( $\chi^2=0,17$ ,  $p>0,9$ ), возрасту ( $\chi^2=4,19$ ,  $p>0,1$ ) и общей клинической характеристике заболевания ( $\chi^2=3,72$ ,  $p>0,9$ ). Условия оказания помощи были единообразными и соответствовали областному уровню оказания специализированной психиатрической помощи.

Когнитивные расстройства по целому ряду характеристик имели отличительные особенности в зависимости от принадлежности к сосудистой деменции или к болезни Альцгеймера. В случаях СоД обнаружена прямая корреляционная связь степени тяжести деменции с такими показателями когнитивного снижения как расстройство ориентировки во времени ( $r=0,96$ ,  $p<0,01$ ) и месте ( $r=0,98$ ,  $p<0,001$ ), нарушение чтения ( $r=0,85$ ,  $p<0,05$ ), письма ( $r=0,83$ ,  $p<0,05$ ), ухудшение выполнения поэтапной команды ( $r=0,841$ ,  $p<0,05$ ) и расстройство способности к концептуализации или нахождению общих свойств предметов ( $r=0,85$ ,  $p<0,05$ ). Степень деменции оказалась взаимосвязана с выполнением теста «Рисование часов» ( $r=0,91$ ,  $p<0,01$ ). Мерцание симптоматики имело высоко достоверную прямую связь с ночной спутанностью ( $r=0,98$ ,  $p<0,00001$ ). Показатели Гериатрической шкалы депрессии имели обратную корреляционную связь с перенесенными в жизни вредностями ( $r=-0,96$ ,  $p<0,01$ ). Не выявлено взаимосвязи между особенностями характера и тяжести деменции с такими клиническими симптомами как относительная сохранность личности, артериальная гипертензия в анамнезе, сочетанный атеросклероз, внезапное начало заболевания и соматические жалобы. Нарушение восприятия при СоД имело высокую прямую связь с очаговыми неврологическими симптомами ( $r=0,92$ ,  $p<0,01$ ), чаще проявлялось в виде ассоциативной агнозии в отсутствии семантической афазии, т.е. пациенты не узнавали предмет, не соотносили его с ментальным образом за счет нарушения категоризации этого объекта. Нарушения памяти проявлялись, главным образом, при обучении в виде затруднения запоминания слов, визуальной информации, приобретения новых двигательных навыков. Страдало произволь-

ное и произвольное запоминание, причем произвольное запоминание, возможно, в большей степени. Это согласуется с мнением большинства исследователей о том, что при этом семантическая память остается сохранной, а страдает преимущественно активное воспроизведение материала, в то время как более простое узнавание относительно сохранно. Речевые расстройства коррелировали с соматическими и психическими переживаниями депрессивного спектра ( $r=0,98$ ,  $p<0,00001$ ), а расстройство чтения – с флюктуирующим характером заболевания ( $r=0,90$ ,  $p<0,01$ ).

При БА прогрессирование слабоумия зависело от более раннего возраста начала когнитивного снижения ( $r=0,37$ ,  $p<0,019$ ) и нарушения социальной активности и самообслуживания ( $r=0,51$ ,  $p<0,0007$ ). При более медленном течении прогрессирования деменции отмечалась большая сохранность социальных связей и социальная активность. Выявлена обратная корреляционная связь тяжести деменции с количественной оценкой таких показателей как нарушение ориентировки во времени ( $r=-0,62$ ,  $p<0,00001$ ), в месте ( $r=-0,64$ ,  $p<0,00001$ ), расстройства восприятия ( $r=-0,67$ ,  $p<0,00001$ ), нарушение концентрации внимания ( $r=-0,34$ ,  $p<0,028$ ) и отсроченного воспроизведения ( $r=-0,35$ ,  $p<0,024$ ), алексия ( $r=-0,41$ ,  $p<0,007$ ) и аграфия ( $r=-0,31$ ,  $p<0,046$ ). Наиболее тесную связь с общей тяжестью деменции имело нарушение ориентировки в месте и во времени. Явная и усиливающаяся забывчивость на текущие события являлась наиболее ранним признаком БА, выступая поначалу как моносимптом. В дальнейшем к нарушениям памяти присоединялись другие когнитивные нарушения – апракто-агностический синдром, речевые нарушения по типу амнестической или сенсорной афазии. При прогрессировании БА нарушались все виды долговременной памяти: эпизодическая, семантическая, процедурная и произвольная. Снижался также объем и время удержания следа в оперативной памяти. Амнезия часто сопровождалась конфабуляциями. Обнаружена обратная корреляция когнитивного дефицита при БА с нарушением концептуализации ( $r=-0,35$ ,  $p<0,023$ ) и расстройством динамического праксиса ( $r=-0,37$ ,  $p<0,017$ ). Повседневная активность и тяжесть социально-бытовой дезадаптации вследствие деменции оказались сопряжены с профессией пациента ( $r=0,45$ ,  $p<0,003$ ), нарушением чтения ( $r=-0,4$ ,  $p<0,009$ ) и письма ( $r=-0,4$ ,  $p<0,008$ ), соматическими жалобами ( $r=-0,4$ ,  $p<0,009$ ) и инсультами в анамнезе ( $r=-0,34$ ,  $p<0,03$ ).

Из некогнитивных нарушений и при БА и при СоД возможно развитие аффективных расстройств, психотической симптоматики и депрес-

сии. Появление отрицательных эмоций может свидетельствовать о большем поражении левого полушария.

Выявленные различия в характере и степени выраженности когнитивных расстройств при БА и СоД могут иметь значение для дифференциальной диагностики деменций позднего возраста, особенно на ранних этапах заболевания.

**Егоров Р.С.**

### **Суицидальное поведение как проявление дезадаптации у военнослужащих по призыву**

*ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия*

До 600 тысяч человек на планете ежегодно заканчивает жизнь самоубийством, что является неопровержимым доказательством того, насколько актуальна и значима любая работа по предотвращению роста суицидальной активности. Именно поэтому вопросы профилактики суицидального и парасуицидального поведения в последние десятилетия обсуждались в ООН (1996) и в ВОЗ (1992, 1993, 1996). Во многих странах создаются и осуществляются национальные программы по данной проблематике, что отражает ее всемирный масштаб. В связи с этим любые научные исследования и разработки, способствующие решению суицидологических проблем, так важны сейчас.

Одним из аспектов этой острой проблемы является профилактика суицидов среди военнослужащих по призыву. Призыв на военную службу влечет за собой ломку старых стереотипов поведения и взаимоотношений с окружающими, необходимость освоения новых норм и требований, предъявляемых к нему окружающим коллективом и командованием. Все военнослужащие проходят период адаптации к службе в армии, даже те, которые имеют хорошую предварительную подготовку. Этот период, по мнению разных авторов, продолжается в среднем от 1 до 3 месяцев и сопровождается ростом внутренней напряженности, повышением уровня тревожности и снижением самооценки. При нормальном протекании адаптации эмоциональное самочувствие и самооценка стабилизируются, если же процесс адаптации затруднен, то он может привести к весьма тяжёлым последствиям, вплоть до суицидов, агрессии и т.п.

Агрессия и аутоагрессия имеют единые патогенетические механизмы, соотносимые по типу «клапанного взаимодействия», когда сформировавшееся агрессивное поведение может направляться либо на окружающих, либо на себя. Выделяют следующие типы аутоагрессивного поведения [Амбрумова А. Г., Трайнина Е. Г., Ратинова Н. А., 1990]:

– **суицидальное поведение:** осознанные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни;

– **суицидальные эквиваленты и аутодеструктивное поведение:** неосознанные действия (иногда преднамеренные поступки), целью которых не является добровольное лишение себя жизни, но ведущие к физическому (психическому) саморазрушению или к самоуничтожению;

– **несуицидальное аутоагрессивное поведение:** различные формы умышленных самоповреждений (самоотравлений) или заведомо неопасные для жизни действия, целью которых не является добровольная смерть.

**Цель:** изучение психопатологических и патопсихологических особенностей у военнослужащих, совершивших суицидальные поступки, в рамках нарушения адаптации к срочной службе.

**Материалы и методы исследования:** 30 больных с расстройством адаптации, находившихся на стационарном лечении в гарнизонном госпитале в 2004 году, у 10-ти из которых имело место суицидальное поведение. Это были лица мужского пола в возрасте от 18 до 20 лет. В соответствии с поставленными целью и задачами были использованы патопсихологическое, психопатологическое и клинико-динамическое исследования, а также параклиническое обследование (электроэнцефалография). Для достижения поставленных цели и задач были изучены: клинические проявления расстройств адаптации на инициальном этапе и в периоде развития заболевания; психологические защиты и механизмы организации совладающего поведения; степень стрессоустойчивости и личностный адаптационный потенциал, особенности личности и межличностных отношений.

Результаты исследований математически обработаны. Методы экспериментально-психологических исследований подбирались соответственно задачам работы. Так, для оценки настроения и психического состояния использованы опросник «Тид» и методика «САН». Личностные свойства и особенности межличностных отношений определялись с помощью опросника ММРП и многофакторного опросника R.V. Cattell. Адаптивные ресурсы военнослужащих оценивались путём измерения стрессоустойчи-

вности и социальной адаптированности (метод Холмса и Паре), а также с помощью комплексной многофакторной методики «Адаптивность». Стратегии организации психологических защит и адаптивного совладающего поведения (копинг-поведения) изучались при помощи опросника Плутчика – Келлермана – Конте (Life Style Index). Определялось также напряжение психологических защит у обследуемых лиц, что было особенно важным и для диагностики, и для психотерапии. Исследование копинг-поведения проводилось с помощью адаптированной методики Э.Хайма.

**Результаты.** Выявлено, что проявлению клинических форм расстройств адаптации предшествует инициальный период постепенного нарастания психических нарушений, в котором наличествуют чёткие признаки (сигналы) развивающихся расстройств в 5 сферах: эмоциональной, когнитивной, личностной, соматической, поведенческой.

У всех больных с расстройством адаптации имела место депрессия. При этом у 10 военнослужащих расстройства адаптации включали в себя также нарушения поведения с суицидальными поступками (F43.24 по МКБ-10).

Анализ анамнестических данных у этих больных показал, что суицидальное поведение наблюдается чаще у лиц из малообеспеченных и многодетных семей (от 3 до 5 детей), имеющих отягощающие факторы в виде постоянных конфликтов между родителями, алкоголизацию родителей, фактора неполной семьи, а также раннюю утрату одного из родителей. Все эти факторы следует считать факторами риска в отношении как расстройств адаптации в целом, так и расстройств адаптации с аутоагрессивным поведением.

В результате проведенного исследования было найдено, что выраженным расстройствам адаптации с суицидальным поведением предшествовал период от 1 – 2 недель до 2 – 3 месяцев. В этот период у данной группы молодых людей уже выявлялись признаки дезадаптации. Непосредственно в период, предшествовавший совершению аутоагрессивных действий, в 3-х случаях (30%) был конфликт с командованием, 5-ти случаям (50%) предшествовали неприятные известия из дома (тяжёлая болезнь одного из родителей, разрыв с девушкой). Эти факторы были пусковыми в реализации суицидального поведения.

Патопсихологическое исследование, проведённое в данной группе больных, выявило следующие особенности их психологического состояния.

У лиц с расстройством адаптации преобладают такие неадаптивные формы психологических защит, как замещение, отрицание, регрессия, вы-



теснение, проекция. У военнослужащих с расстройством адаптации ведущими копинг-стратегиями являлись «неадаптивные», а среди них выделялись когнитивные. Изучение стрессоустойчивости показало, что у лиц с расстройствами адаптации чаще имеет место низкая стрессоустойчивость или же она достигала порогового уровня. Исследование личностного адаптационного потенциала выявило у лиц основной группы низкий уровень поведенческой регуляции, а также низкую толерантность к стрессогенным факторам, о чём свидетельствовали невысокие показатели по шкалам МЛО «Адаптивность». В группе военнослужащих с расстройством адаптации были выявлены черты личности, обуславливающие легкость нервно-психической декомпенсации и социальной дезадаптации. К таким чертам относятся – низкая фрустрационная толерантность, эмоциональная неустойчивость и склонность к аффективным колебаниям, сензитивность, недостаточная пластичность и склонность к фиксации на собственных недостатках, проблемах или симптомах заболевания; в социальных контактах – большая зависимость и пассивность.

**Обсуждение:** проведённый анализ показал, что до возникновения аутоагрессивного поведения в рамках расстройств адаптации у военнослужащих срочной службы имел место период, когда уже были заметны проявления дезадаптации. Дополнительными факторами (факторами последней капли) выступили негладкие отношения с сослуживцами, командованием, неприятные известия из дома и т.п.

Представляется возможным выделить следующие психологические особенности военнослужащих, повышающие риск возникновения аутоагрессивного поведения:

- невысокий психобиологический ресурс адаптации;
- склонность к эмоциональной неустойчивости;
- сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам;
- максимализм суждений, их незрелость и незрелость личности;
- недоразвитость коммуникативных умений;
- неадекватность самооценки, особенно – в сторону её заниженности;
- пораженческая позиция, занимаемая в ситуации конфликта;
- пассивнооборонительный характер поведения.

В отличие от острой реакции на тяжелый стресс (F43.0), адаптивные расстройства формируются вначале малозаметно, постепенно. Отмечается некоторый период, когда молодые военнослужащие скрывают свое состояние. Расстройство проявляется лишь тогда, когда уже имеют место какие-либо личностные последствия или явные дезадаптивные поступки.

*Захарова Н.В.*

## **Длительные ремиссии при приступообразной шизофрении с резидуальной кататонической симптоматикой**

*Научный центр психического здоровья РАМН, Москва*

Согласно современным взглядам зарубежных исследователей [18,13], ремиссия – это состояние, при котором пациенты чувствуют улучшение в отношении основных симптомов заболевания, у них не наблюдается расстройств поведения, а остаточные расстройства не достигают степени, достаточной для верификации диагноза шизофрении.

Общепринятые до настоящего времени в отечественной психиатрии классификации ремиссии основаны на психопатологических критериях, соответственно, авторами выделены гиперстенический [4,5], астенический [7,4,5], тимопатический [2,5], параноидный [7,5], аутистический [4,5], ипохондрический [2,4,5], псевдоорганический [6,2], апатико-абулический варианты [4,6].

Современная зарубежная типология ремиссий [13], основанная на дименсиональной концепции шизофрении, составлена с учетом преобладания в клинической картине позитивных (симптоматические), либо негативных (синдромальные) расстройств.

В соответствии с интегративной систематикой А.Б. Смулевича [10], составленной с учетом как дименсиональной структуры, так и традиционной для отечественной психиатрии психопатологической характеристики ремиссий, к синдромальным относятся стенический, астенический, псевдопсихопатический и апатический, к симптоматическим – ипохондрический, тимопатический и параноидный типы ремиссий.

Не смотря на то, что приведенные классификации учитывают возможность наличия в структуре некоторых ремиссий редуцированной симптоматики психотического (бред, галлюцинации) регистра, наблюдаемой на этапе активного течения шизофрении, ни одна из них не предполагает выделения варианта ремиссии с остаточной кататонической симптоматикой. Возможность становления ремиссий со стертой кататонической симптоматикой отмечается лишь в немногочисленных исследованиях [16,15].

**Целью** настоящего исследования, проведенного в Отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств

(руководитель – академик РАМН А.Б. Смулевич) НЦПЗ РАМН (директор – академик РАМН А.С. Тиганов) стало определение клинического значения резидуальной кататонической симптоматики в рамках стойких длительных ремиссий высокого качества.

**Материал и методы:** в период 2008 – 10 гг. клинико-катамнестическим методом обследованы 32 пациента (14 мужчин, 18 женщин) в возрасте от 31 до 63 (ср. возраст  $41,9 \pm 9,7$ ) лет из числа посещающих, либо отобранных по карточкам и архивам ПНД №№12,13,18,23 г. Москвы.

#### **Критерии включения:**

1. Верифицированный диагноз приступообразной шизофрении, в соответствии с МКБ-10, отвечающий рубрикам: параноидная F20.01, кататоническая F20.21 со стабильным дефектом, полная ремиссия F20.XX5; приступообразная, шизоаффективный вариант (F25).

2. Ремиссия высокого качества (удовлетворительная социально-трудовая адаптация, отсутствие галлюцинаторно-бредовых расстройств).

3. Наличие в клинической картине ремиссии резидуальной кататонической симптоматики.

4. Продолжительность ремиссии не менее 5 лет.

**Критерии исключения:** злоупотребление психоактивными веществами, органическое заболевание ЦНС, соматическая патология в стадии декомпенсации.

**Результаты.** Длительность изученных ремиссий варьирует в диапазоне от 5 до 33 (в среднем  $13,8 \pm 7,3$ ) лет при продолжительности заболевания от 7 до 34 (в среднем  $20,0 \pm 8,1$ ) лет.

Согласно выписным эпикризам, у большинства больных перенесенные приступы квалифицировались как параноидные (25%), аффективно-бредовые (66%) с кататоническими включениями – мутизмом, ступором, негативизмом, явлениями эхофеноменов, автоматической подчиняемостью, либо с острым психомоторным возбуждением с патетической экзальтацией, гримасничанием. В 9% случаев был выставлен диагноз кататонической шизофрении. После купирования острой симптоматики у всех пациентов наблюдались остаточные кататонические расстройства, которые не воспринимались пациентами как чуждые, что наблюдалось и другими исследователями [17]. Указанные расстройства представляли собой искажение мимики и моторики, «потерю грации» (по С. Г. Жислину, 1928),

с разобщенностью и асимметрией лицевой мускулатуры, отсутствием согласованных движений конечностей, изменением жестикуляции [11]. Кроме того, резидуальная кататония реализовалась психомоторной инертностью и психомоторными итерациями [19], а также «кататоническими реакциями» (по E. Stransky, 1912) декомпенсации [20]. Модус поведения в труде и быту характеризовался стереотипизацией всего жизненного уклада [20], стремлением к деятельности с педантичным и однообразным подходом к его реализации [8,9]. В связи с преобладанием в клинической картине моторных нарушений, целесообразно обозначить ремиссии с резидуальной кататонической симптоматикой как дискинетические.

**Заключение.** При детальном анализе клинической картины дискинетического типа ремиссий установлено, что резидуальная кататоническая симптоматика неоднородна и подразделяется на гиперкинетическую и гипокинетическую в зависимости от преобладания микрокататонической симптоматики возбуждения или ступора. В качестве клинического содержания ремиссий, отнесенных к первому, гиперкинетическому, варианту выступает дефект по типу «монотонной активности и ригидности аффекта» [6] в сочетании с резидуальной микрокататонической симптоматикой. Клиническое содержание гипокинетического варианта ремиссий составляет дефект по типу ирритативной астении [8] с абортивными кататоническими расстройствами («моторный инфантилизм» по А. Homburger (1926), «потеря грации» по С.Г. Жислину (1928)).

Приведенные данные позволяют выдвинуть гипотезу относительно психопатологической структуры указанных типов дефекта, в структуре которых фактически превалирует резидуальная кататоническая симптоматика. При этом особенностью такой резидуальной кататонии является то, что в отличие от бреда или галлюцинаций она проще интегрируется в структуру негативных расстройств. Подтверждением такой позиции могут служить и данные целого ряда авторов [12,1,14], также указывающих на возможность консолидации негативных изменений с кататонией, резидуальные проявления которой на постпроцессуальном этапе заболевания образуют «моторный налет» [3] на всем состоянии больного.

#### **Литература:**

1. Воробьев В.Ю. *Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств).*// Дисс.д.м.н., М., 1988

2. Жариков Н.М. Клиника ремиссий шизофрении в отдаленном периоде заболевания.// Дисс..д.м.н., М. 1961.
3. Жислин С.Г. Конституция и моторика. Труды психиатрической клиники (Девичье Поле), вып. 3, МГУ, 1928; 245-264.
4. Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. Л., 1964.
5. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О., Шейнина Н.С., Зайцев В.В./ в кн.: Шизофрения. С.-Пб.,2004. 335с.
6. Мелехов Д.Е. Условия компенсации некоторых проявлений дефекта у больных шизофренией.// Вопросы клинической психиатрии. Труды I-го МОЛГМИ им. И.М. Сеченова. М.,1964; 34:150-161.
7. Морозов В.М., Тарасов Ю.К. Некоторые типы спонтанных ремиссий при шизофрении. //Журн невропатол и психиатр 1951; 51: 4: 44-47.
8. Морозов В.М. Ремиссии при шизофрении и вопросы трудовой экспертизы и трудоустройства.// Ж. невропатол. и психиатр. 1953; 53(10):770-775.
9. Попова А.Н. Катамнез больных кататонической и параноидной формой шизофрении, леченных аминазином.// Дисс. к.м.н., 375с.
10. Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Дубницкая Э.Б., Дробижев М.Ю. Критерии эффективности терапии шизофрении.// Методические рекомендации, М.,2006. 28с.
11. Таннус А. Особенности диагностики шизофрении с учётом типологии мимики (клинико-антропо-этологическое исследование). //Автореф. дисс. канд.мед.наук. М.. 1988.
12. Шмаонова Л.М. Клиника вялотекущей шизофрении по данным отдаленного катамнеза. //Дисс. д.м.н. 1968.
13. Andreasen N.C., Carpenter W.T.Jr, Kane J.M. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. // Am J Psychiat 2005; 162: 441-9.
14. Kruger S., Bagby R.M., HOFFLER J., Braunig P. Factor analysis of the catatonia rating scale and catatonic symptom distribution across four diagnostic groups. // Compr Psychiatry. 2003;44:472-482.
15. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen. //Berlin, Germany: Akademie; 1957
16. Mayer-Gross W. 1931 – цит по Антропову Ю.А., Антропову А.Ю., Незнанову Н.Г. Основы диагностики психических расстройств: рук. для врачей// М.: ГЭОТАР-медиа, 2010. – 384с.
17. Northoff G. What catatonia can tell us about “top-down modulation”: A neuropsychiatric hypothesis//Behavioral and brain sciences 2002; 25, 555-604

18. van Os J., de Hert M., van Winkel R., Wampers M., Kane J., Peuskens J. Remission criteria for schizophrenia: Evaluation in a large naturalistic cohort. // *Schizophrenia Res.* 2007 (May); 92(1-3): 68-73.
19. Peralta V, Cuesta MJ, Serrano JF, Martinez-Larrea JA: Classification issues in catatonia. // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001, 251:s14-16.
20. Wing L., Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. // *The British Journal of Psychiatry.* 2000; 176: 357-362.

**Иващенко Д.М., Култыгина С.В.**

## **Оценка депрессивных расстройств послеродового периода**

*Тульский государственный университет Медицинский институт*

**Актуальность:** Послеродовая депрессия (ПД) представляет собой огромную проблему для органов здравоохранения, поскольку показатель ее распространенности, по данным эпидемиологического анкетирования, колеблется от 10 до 15%. При этом процент выявления депрессий в послеродовом периоде остается весьма низким. По данным различных авторов нераспознанными остаются от 50 до 90% послеродовых депрессий непсихотического уровня [1]. Это обусловлено в значительной степени тем, что страдающие послеродовыми депрессиями женщины редко обращаются за помощью к специалистам, наблюдаемые у них тревожные расстройства могут приводить к «избегающему» поведению, отказу от каких бы то ни было социальных контактов.

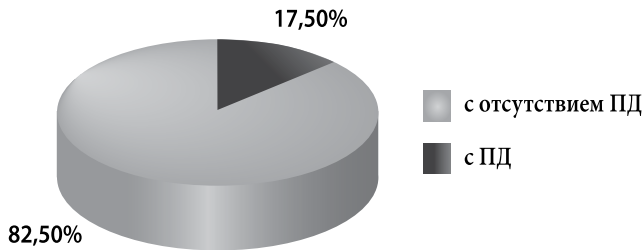
Согласно литературным данным, материнская депрессия оказывает существенно большее влияние на развитие ребенка в первые месяцы его жизни, чем в любом другом возрасте [2], с учетом чего важно своевременное выявление группы матерей, имеющих признаки ПД, в том числе и для организации адекватного терапевтического подхода.

**Цели и задачи исследования:** выявить распространенность ПД, проанализировать психопатологическую структуру депрессивных расстройств, изучить особенности медико-социальных характеристик пациентов с ПД по сравнению со здоровыми женщинами, а также выявить отношение женщин с ПД к психиатрической помощи.

**Материалы:** Исследование проводилось на базе МУЗ «Родильный дом №1» г. Тулы. В исследование было включено 80 женщин, перенесших роды, в возрасте от 19 до 38 лет (средний возраст –  $26,5 \pm 5,8$  лет), среди них первородящие составили 62,5%, повторнородящие – 37,5%. Роды протекали без осложнений, как со стороны матери, так и со стороны плода. Анкетирование проводилось на 3-5 день послеродового периода.

**Методы:** ретроспективный анализ индивидуальных карт беременных и историй родов, проспективный анализ разработанных нами анкет, включающих стандартные методики: шкалу Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (MADRS), Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии (ЭШПД) (относится к субъективным шкалам и применяется для скринингового выявления депрессивных расстройств у женщин в послеродовом периоде); методику оценки качества жизни «SF-36 Health Status Survey». Обработка полученных данных осуществлялась методами математической статистики с использованием программ Statistica 7.0 и MS Excel 2003.

Критериями высокого риска наличия депрессии считалось наличие более 15 баллов по шкале MADRS, более 12 баллов по ЭШПД. На момент клинического обследования, по результатам анализа анкет, наличие депрессии было выявлено у 14 женщин из 80, что составило 17,5% от общего числа обследованных матерей (рис. 1).



*Рис. 1 Распространенность послеродовых депрессий (ПД) в исследуемом материале*

В ходе исследования все пациентки были разделены на две клинические группы. Первую группу (I – основную) составили пациентки с наличием ПД (n=14). Во вторую (II – контрольную) группу (n=66) были включены женщины в послеродовом периоде без признаков депрессии. Воз-

растной состав обеих групп достоверно не различался. Средний возраст пациенток I группы составил  $25,4 \pm 6,8$  лет, II группы –  $26,7 \pm 5,6$  лет.

В I группе у женщин с признаками ПД были выявлены следующие симптомы депрессии (рис. 2): нарушение сна, нарушение аппетита, тревога, субъективное чувство печали и грусти, отсутствие сил, плаксивость.

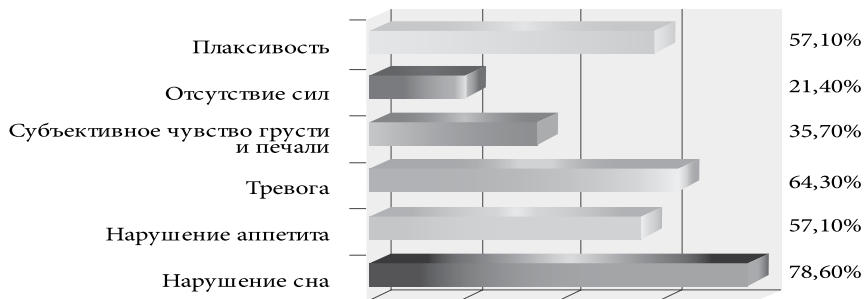


Рис. 2 Структура симптомов и частота их встречаемости при послеродовых депрессиях у женщин I группы

Несмотря на наличие клинических проявлений депрессивного состояния, все женщины I группы негативно отнеслись к предложению психиатрической и психотерапевтической помощи.

С учетом того, что на психическое здоровье женщины существенное влияние оказывают социальные, психологические, межличностные и биологические факторы, в сравнительном аспекте было проанализировано наличие ряда биологических факторов и частота их встречаемости в исследуемых группах женщин, а также и параметры, отражающие качество их жизни (Табл.).

**Результаты:** Было установлено наличие достоверной корреляционной связи между развившейся послеродовой депрессией и: – наличием прерываний беременности в анамнезе: ( $r=0,35$ , что свидетельствует о взаимосвязи средней силы при уровне значимости  $p=0,003$ ); – гинекологическими заболеваниями ( $r=0,30$  при  $p=0,01$ ); – преждевременными родами ( $r=0,35$ , корреляционная связь средней силы при уровне значимости  $p=0,005$ ); – экстрагенитальной патологией (хроническим пиелонефритом) ( $r=0,24$ , корреляционная связь слабой силы при уровне значимости  $p=0,01$ ); – осложнениями со стороны плода (хроническая внутриутробная гипоксия, синдром



задержки роста плода) ( $r=0,14$  при  $p=0,001$ ). Корреляционная связь между развитием ПД и гестозами не была выявлена.

По данным нашего исследования, значения показателей VT и МН в I группе были значимо ниже, чем во II.

### Таблица

#### Сравнительная характеристика пациенток здоровых и с признаками ПД по ряду биологических факторов и качеству жизни

Факторы	I группа (с признаками депрессии)	II группа (без признаков депрессии)
Гестоз	71,4%	51,8%
Осложнения у плода во время беременности	64,3%	52%
Преждевременные роды Роды в срок	14,2% 85,2%	0% 100%
Гинекологические заболевания	85,7%	45,5%
Экстрагенитальная патология: – хронический пиелонефрит вне обострения	57,1% 35,7%	27,3% 15,2%
Самопроизвольные и медицинские аборт в анамнезе	78,6%	16,7%
Способ родоразрешения: – Кесарево сечение – Роды через естественные родовые пути	28,6% 71,4%	39,3% 60,7%
<b>Качество жизни</b> (по данным методики оценки качества жизни «SF-36 Health Status Survey»)		
Физическое функционирование (PF)	62,1±24,0	68,6±24,6
Рольное функционирование, обусловленное физическим функционированием (RP)	21,4±15,9	28,8±34,3
Интенсивность боли (BP)	28,1±20,5	62,7±25,9
Общее состояние здоровья (GH)	66±13,4	73,3±13,9
Жизненная активность (VT)	35,7±10,5	64,3±15,2
Социальное функционирование (SF)	46,4±24,7	78,1±31,4
Рольное функционирование, обусловленное социальным функционированием (RE)	19,0±16,5	60,6±38,6
Психическое здоровье (MH)	42,3±17,6	74,9±13,6

**Выводы:** По данным нашего исследования, распространенность послеродовой депрессией составила 17,5%. Наиболее частые симптомы послеродовой депрессии: нарушение сна, нарушение аппетита, тревога, плаксивость. У всех женщин с признаками депрессии выявлено негативное отношение к психиатрической помощи. У пациенток с симптомами послеродовой депрессии в отличие от здоровых женщин снижены показатели качества жизни (достоверно снижены значения жизненной активности и психического здоровья в целом). Риск развития послеродовой депрессии повышается при наличии прерываний беременности в анамнезе, гинекологических заболеваний, преждевременных родов, хронического пиелонефрита и осложнений со стороны плода.

### **Литература:**

1. Прибытков А.А. Клинические особенности депрессивных расстройств невротического уровня в послеродовом периоде // А.А. Прибытков // Диссертация ... канд. мед. наук. – СПб, 2006. – 138с.
2. Rosenblum O., Danon G., Nestour A. *Perspectives Psychiatriques 2000*; – Vol. 39, №3, – P. 185-198.

Косенко Е.А.

## **Клинические проявления посттравматического стрессового расстройства**

*Поликлиника УФСБ МСЧ России по Приморскому краю, Владивосток*

За последние годы, в связи с непрекращающимися локальными войнами, широким распространением терроризма, захвата заложников, участвовавшими техногенными и природными катаклизмами с большим количеством жертв, в психиатрической практике появилась категория больных посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Специалисты, работающие с ветеранами, испытывают недостаток информации о клинических особенностях и динамике ПТСР у комбатантов и эффективных методиках терапии. Посттравматическое стрессовое расстройство у комбатантов часто осложняется различными формами аддиктивного поведения. Увеличение количества таких людей в обществе имеет не только медицинское, но и большое социальное значение [2].

С 2006 по 2010 гг. нами обследованы 74 комбатанта в возрасте от 28 до 40 лет, не страдающих органическим поражением головного мозга, не имеющих в анамнезе тяжелых ранений, физических травм. Исследуемые на протяжении от 3 до 6 месяцев находились в командировке в Чеченской Республике. Все респонденты служили в боевых подразделениях и принимали активное участие в боевых действиях (штурм зданий, ведение оборонительного и наступательного боев, ликвидация бандформирований), связанных с непосредственной угрозой их здоровью и жизни, что является обязательным условием, способствующим формированию исследуемой патологии. В настоящее время они являются военнослужащими контрактной службы Министерства Обороны Российской Федерации, сотрудниками силовых структур или демобилизованными, и при обследовании, согласно критериям МКБ-10, обнаруживали признаки ПТСР. Длительность заболевания обследуемых составила от 1 года до 13 лет.

При прогнозировании вероятности формирования ПТСР, согласно литературным данным [1,3,4,6], существенная роль отводится особенностям преморбида. Акцентуации как характерологическая норма и девиации личности изучены достаточно глубоко. В наших наблюдениях при исследовании анамнеза, согласно критериям А.Е. Личко [5], в преморбиде у 20 человек были выявлены акцентуации характера по астено-невротическому типу, у 17 – по психастеническому, у 12 – по истероидному и у 10 – по гипертимному. У 15 обследуемых данных за наличие личностных девиаций не обнаружено.

Согласно МКБ-10, признаки ПТСР (F43.1) формируются через 1 – 6 месяцев после психотравмы. В исследуемом материале начальные клинические проявления ПТСР раньше всего наблюдались у лиц с астено-невротическим типом акцентуации характера в преморбиде (от 1 до 2 месяцев после психотравмы – у 54,3%), в более поздние сроки (от 4 до 6 месяцев после психотравмы – 50,0%) у комбатантов без личностных девиаций в преморбиде.

Обследуемые отмечали повышенную утомляемость, сниженное настроение, которое рассматривается [1,2,4] как синдромальная основа формирования ПТСР. Обращали не себя внимание раздражительность, проявления ангедонии, снижение потребности узнавать что-то новое. Комбатанты прекращали заочную учебу, ограничивали свои контакты с окружающими («они не пережили всего того, что я», «им меня не понять»), избегали ситуаций, хоть чем-то напоминающих психотравмирующую. Особенно тревожащими были нарушения сна (трудности засыпания, кошмар-

ные сновидения с сюжетами из боевой обстановки, частые пробуждения) и отсутствие чувства отдыха после сна.

У 8 комбатантов наблюдались пароксизмальные состояния по типу флэшбэк после воздействия, казалось бы, индифферентных раздражителей. Какой-то звук, похожий на звук боя, чье-то лицо в толпе, напоминающее убитого человека, особая интонация речи проходящих мимо людей, воскрешающая последние слова погибшего сослуживца, вызывали вереницу необычайно ярких представлений («почти галлюцинаций», «как наяву») с панической реакцией и желанием убежать, спрятаться. Продолжались такие состояния несколько мгновений и заканчивались чувством слабости, головокружением, тахикардией, гипергидрозом. Обследуемые отмечали, что на какое-то время окружающее как-будто отодвигалось, главным в сознании была идея нелепости существующих в мире условностей, убежденность в скоротечности человеческой жизни, неизбежности смерти и ощущение вседозволенности («конец один – все равно все умрут»). Постепенно предметы, люди, дома, интерьер комнаты, краски, звуки обретали четкость, «отрезвляли». Определяющими становились мысли «обрести себя», «взять себя в руки», «быть как все».

Анализ степени выраженности отдельных симптомов ПТСР и их сопряженности с психопатологической структурой депрессии позволил выделить в исследуемой группе астенический (F48.0), обсессивно-фобический (F40.1) и диссоциативный (конверсионный) (F44.6) варианты невротических расстройств.

У 40 (54,1%) комбатантов на первый план выступали астенические проявления. Обследуемые отмечали ощущение слабости даже при незначительной физической нагрузке, снижалась толерантность к ситуационным воздействиям, наблюдалось постоянное чувство внутреннего дискомфорта, эмоционального напряжения. Мелкие неприятности, незначительные межличностные конфликты способствовали повышению уровня тревоги, внимания к телесным ощущениям, которые обследуемые соотносили с распространенными среди обывателей взглядами на наличие у них той или иной болезни. Беспокоили преходящие головные боли, боли в области сердца, стеснение в груди, тяжесть в эпигастральной области, полностью не исчезающие после отдыха, развлечений. Отмечалось смутное беспокойство, предчувствие неминуемого несчастья. Тревога сопровождалась напряжением мышц, неуверенностью при принятии даже простых решений. Обращала на себя внимание зависимость выраженности эмоциональных переживаний и вегето-висцеральных нарушений от отно-

шения окружающих. После сочувствия и одобрения со стороны близких и сослуживцев отмечалось значительное улучшение самочувствия. Обследуемые старались придерживаться широко рекламируемых диет, методов закаливания, выполняли различные физические упражнения с целью оздоровления.

18 человек (24,3%) отмечали колеблющиеся по своей интенсивности обсессивно-фобические расстройства. Выбор самостоятельного поступка представлял для них процесс долгих и мучительных колебаний. При принятии решений обследуемые стремились к их немедленной реализации, проявляли выраженное нетерпение. Отмечалась неуверенность в завершенности собственных действий (возвращались на службу, чтобы проверить, что подписали документы и убрали их в сейф, закрыли за собой дверь, выключили электроприборы). Постоянное чувство напряженности, озабоченности собственной безопасностью и перспективами межперсональных контактов сочеталось с мучительным ощущением своей социальной неприспособленности, непривлекательности и приниженности по отношению к другим. Во время конфликтов наблюдались аффективные реакции по типу дисфории, сменяющиеся чувством длительного беспокойства с сожалением о случившемся, с изолированными навязчивыми страхами о возможных негативных последствиях, связанных с необдуманно резкими высказываниями и поведением, выходящим за границы общепринятого. Отмечались наплывы ассоциаций и представлений неприятного содержания с мучительными непреодолимыми воспоминаниями о «позорном» событии, с чувством стыда и раскаяния.

У 16 (21,6%) обследуемых в структуре психопатологических расстройств определены диссоциативные (конверсионные) фрагменты. Наблюдалась эпизодически усиливающаяся тревога в связи с переживаниями внутреннего конфликта между претензиями и возможностями, а также обидами по поводу утраты внимания, равнодушия окружающих, что сопровождалось периодически возникающим онемением кожи по типу «носков» и «перчаток», головными болями в виде обруча, стягивающими лоб и виски, чувством непроходимости пищи по пищеводу, ощущением комка в горле при волнении, тремором рук и ног при фиксации внимания, исчезающим в спокойной обстановке. Характерными были неустойчивость, поверхностность, капризность.

Длительная ангедония, сочетающаяся с тревогой, немотивированными в данный момент страхами и раздражительностью, провоцировали вспышки конфликтности и агрессивности даже по незначительному по-

воду. После психомоторного возбуждения с вербальной или физической (в отношении членов семьи) агрессией наблюдалось снижение тревоги и напряженности. Зная эту закономерность, обследуемые нередко сами моделировали конфликтные ситуации, искали «на ком сорвать зло».

У всего контингента обследуемых снижению напряженности и тревоги способствовал также поиск удовольствия в форме злоупотребления алкоголем и промискуитета. Можно сказать, что в большинстве случаев их аддиктивное поведение, проявление неприятия окружающей действительности являлось поведенческим маркером внутренней тревоги и эмоционального напряжения. Нарушение адаптации в результате формирующихся патохарактерологических расстройств достигают своего пика в период от 2 до 5 лет с начала течения заболевания, а в дальнейшем отчетливо прослеживаются признаки компенсации.

Особенности преморбида, этапа невротических, а в дальнейшем личностных расстройств указывают на неразрывную связь описанных нарушений в рамках единого, психогенно обусловленного процесса, который подчиняется определенным законам формирования и редукции болезненных проявлений.

### **Литература**

1. Александровский Ю.А. Посттравматическое стрессовое расстройство и общие вопросы развития психогенных заболеваний. // *Российский психиатрический журнал*, 2005, №1, с. 4-12.
2. Александровский Ю.А. Проблема посттравматического стрессового расстройства и подходы к лечению. М. 2005.
3. Королев С.А., Нечипоренко В.В. Вопросы патоморфоза пограничных психических расстройств в клинической и военной психиатрии (обзор литературы). // *Российский психиатрический журнал*, 2009, №2, с. 40-42.
4. Краснов В.Н. Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинический и организационный аспекты. *Журнал социальной и клинической психиатрии*, 2005, №2, с. 5-10.
5. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков, 2-е издание, дополненное и переработанное. Л.: Медицина, 1983.
6. Сукиасян С.Г. О некоторых аспектах динамики посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий // *Социальная и клиническая психиатрия*, 2009, №1, с. 12-18.

Маричева М.А.

## Особенности отношения к болезни у юношей, перенесших первый приступ эндогенного приступообразного психоза

*Научный центр психического здоровья РАМН, Москва*

В настоящее время установлено, что в первые два года после первого перенесенного эндогенного психотического эпизода риск обострений составляет 40–60%, а каждое следующее обострение увеличивает вероятность развития терапевтической резистентности и социального снижения [Misdrahi D., 2002; Hutson T.O., 2004]. По данным D.Robinson et al. (1999), в течение 5-ти лет после первого психотического приступа прекращение антипсихотического лечения увеличивает риск рецидивов в пять раз. При этом, как указывают М.А. Linden (2001) и J. M. Kanne (2003), нарушение комплаентности больных имеет особо негативные последствия. С учетом значимости начального периода заболевания для вторичной профилактики проблема комплаенса приобретает особенную актуальность для больных, перенесших первый психотический эпизод [Морозова М.А и др., 2006; De Millas W., 2006]. Рядом исследователей установлена также особая роль юношеского возраста и мужского пола, как факторов низкой комплаентности [Kampman O., 2002; Fleischhacker W., 2003]. Одним из факторов низкой комплаентности больных юношеского возраста является неадекватное восприятие ими имеющегося заболевания и проводимого лечения. Т.о., изучение и коррекция отношения к болезни у больных юношеского возраста, перенесших первый приступ эндогенного приступообразного психоза, является одной из актуальных задач, стоящих перед специалистами сферы психического здоровья.

**Целью** настоящего исследования являлось выявление особенностей отношения к болезни больных, перенесших первый приступ юношеского эндогенного приступообразного психоза (ЮЭПП), с учетом психопатологической структуры приступа.

**Материалы и методы:** Критериями включения больных в исследование служили первая манифестация эндогенного приступообразного психоза в юношеском возрасте (16-25 лет); критерии исключения – наличие сопутствующей психической (органическое психическое расстройство, алкоголизм, наркомания, умственная отсталость), соматической или неврологической патологии, затрудняющей исследование.

Изучено 77 больных мужского пола юношеского возраста (16-25 лет) на этапе становления ремиссии после перенесенного первого приступа ЮЭПП [F20, F25, F30.21 и F32.3 по МКБ-10], госпитализированных в клиническое отделение группы по изучению психических расстройств юношеского возраста (руководитель – М.Я.Цуцульковская) НЦПЗ РАМН в 2003-2009 годах. Из них 9 больных перенесли приступ кататонической структуры (I группа), 31 больной – галлюцинаторно-бредовой (II группа) и 37 – аффективно-бредовой структуры (III группа).

Для решения поставленной цели использовались клинико-психопатологический, психометрический [ТОБОЛ – тест диагностики типа отношения к болезни (Вассерман Л.И. и др., 1987)] и статистические методы исследования.

### Таблица

**Распределение типов отношения к болезни в исследуемом контингенте больных с использованием теста ТОБОЛ и с учетом структуры ЮЭПП**

Типы и подтипы отношения к болезни	Структура первого приступа						Всего больных	
	Кат.-бр		Галл.-бр.		Афф.-бр.			
	п	%	п	%	п	%	п	%
<b>1. Интрапсихический тип</b>	<b>3</b>	<b>33,3</b>	<b>1</b>	<b>3,2</b>	<b>16</b>	<b>43,2</b>	<b>20</b>	<b>26,1</b>
1.1. Меланхолический подтип	—	—	1	3,2	14	37,8	15	19,6
1.2. Апатический подтип	3	33,3	—	—	2	5,4	5	6,5
<b>2. Интерпсихический тип</b>	<b>2</b>	<b>22,2</b>	<b>11</b>	<b>35,5</b>	<b>14</b>	<b>37,9</b>	<b>27</b>	<b>35,0</b>
2.1. Сенситивный подтип	1	11,1	4	12,9	6	16,3	11	14,3
2.2. Эгоцентрический подтип	1	11,1	7	22,6	8	21,6	16	20,7
<b>3. Не вызывающий выраженной дезадаптации</b>	<b>4</b>	<b>44,4</b>	<b>19</b>	<b>61,3</b>	<b>7</b>	<b>18,9</b>	<b>30</b>	<b>38,9</b>
3.1. Стенический подтип	—	—	14	45,2	3	8,1	17	22,1
3.2. Анозогнозический подтип	4	44,4	5	16,1	4	10,8	13	16,8
<b>Итого</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

**Результаты:** Проведенное исследование показало, что формирование отношения к болезни у изученных больных имеет значительные особенности, обусловленные патопластическим влиянием возраста. В юношеском возрасте формирование адекватного отношения к болезни затруднено из-за отсутствия у юношей целостного представления о своей личности, вследствие чего больные испытывают значительные затруднения в дифференцировке представлений о проявлениях болезни и проявлениях своих личностных характерологических особенностей.



В процессе настоящего исследования было установлено, что из выделенных Л.И.Вассерманом (1987) типов отношения к болезни (табл.) у больных, перенесших первый приступ ЮЭПП, наиболее часто (61,1%) наблюдаются типы отношения к болезни, вызывающие социальную дезадаптацию, имеющие как интрапсихическую (26,1%), так и интерпсихическую направленность (35,0%). При этом тип отношения к болезни, не вызывающий существенного нарушения адаптации, встречался только в 38,9% наблюдений.

Интрапсихический тип личностного реагирования на болезнь у изученных больных был представлен меланхолическим и апатическим подтипами, для которых было характерно преимущественно дезадаптивное поведение: реакции по типу раздражительной слабости, подавленное, угнетенное состояние, “уход” в болезнь, отказ от активной позиции в лечении и т.п.

Интерпсихический тип личностного реагирования на болезнь, был представлен сенситивным и эгоцентрическим подтипами, характеризующимися сенсibiliзирванным отношением к болезни и дезадаптивным социальным поведением больных, которые, вероятно, в наибольшей степени зависели от преморбидных особенностей их личности. Они или стеснялись своего заболевания перед окружающими, или, напротив, “использовали” его для достижения определенных целей; строили паранойяльного характера концепции относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявляли гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге.

При третьем типе отношения к болезни, характеризующемся наименьшей выраженностью социальной и психологической дезадаптации, у изученных больных отмечались стеничный и анозогностический подтипы. Отношение к болезни характеризовалось снижением критичности к своему состоянию, преуменьшением “значения” заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, “уходом” в работу. Несмотря на наименее выраженную у них социальную дезадаптацию, больные характеризовались наиболее низкой комплаентностью, что существенно ухудшало прогноз течения заболевания в связи с наиболее высоким риском его рецидивирования.

В процессе проведенного исследования было установлено, что встречаемость описанных типов отношения к болезни статистически достоверно коррелирует с психопатологической структурой приступа ( $p < 0,05$ ). Так, для больных, перенесших приступ кататонической структуры, наиболее характерным оказался тип личностного реагирования на болезнь, не

вызывающий выраженной дезадаптации и представленный анозогнозический подтипом и апатическим подтипом интрапсихического типа личностного реагирования (44,4 и 33,3% больных, соответственно). Это проявлялось у них в неприятии мыслей о болезни, о возможных ее последствиях. Для больных характерной была тенденция рассматривать симптомы болезни как проявления “несерьезных” заболеваний или случайных колебаний самочувствия. У них нередко встречался отказ от врачебного обследования и лечения, желание “разобраться самому” и “обойтись своими средствами”, надежда на то, что “само все обойдется”, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Больным была свойственна легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающаяся на течении болезни, безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения, а так же пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны.

У больных с галлюцинаторно-бредовой структурой первого приступа наиболее часто встречался тип личностного реагирования на болезнь, не вызывающий выраженной социальной дезадаптации, представленный преимущественно стеническим подтипом и эгоцентрическим подтипом интерпсихического типа личностного реагирования (45,2% и 22,6%, соответственно). Особенность стенического подтипа проявлялась здесь в избирательном отношении к лечению, обусловленном, прежде всего стремлением продолжать обучение или работу и сохранить профессиональный статус, что, с одной стороны, создавало хорошие условия для социально-трудовой реадaptации, а с другой — делало больных недостаточно внимательными к ограничениям, накладываемым проявлениями болезни. Для больных с эгоцентрическим подтипом отношения к болезни было характерно “принятие” болезни и поиски выгод в связи с болезнью, демонстрация близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием, требование особой заботы о себе в ущерб другим делам и заботам, невнимание к близким. Этим больным свойственно желание показать другим свою исключительность в отношении болезни, непохожесть на других.

Для больных, перенесших приступ аффективно-бредовой структуры, был характерен как интрапсихический, так и интерпсихический тип отношения к болезни. При этом они чаще демонстрировали меланхолический, эгоцентрический и сенситивный подтипы отношения к болезни (37,8%; 21,6 и 16,3%, соответственно). Больные с данной структурой первого приступа были склонны требовать особого отношения к себе, искать выгоды

в связи с заболеванием, но при этом имели тенденцию к пессимистическим оценкам своих перспектив в лечении, что проявлялось в свехудрученности болезнью, неверии в выздоровление и возможное улучшение.

**Выводы:** Таким образом, проведенное исследование показало отсутствие адекватного отношения к болезни у больных юношеского возраста, перенесших первый приступ эндогенного психоза, что является причиной их психологической и социальной декомпенсации, приводящей к снижению комплаентности, и представляет важнейшую мишень для психотерапевтической работы.

*Медведев И.Л.*

### **Клинико-психопатологические особенности депрессии у женщин с эпилепсией**

*ФГУ Московский НИИ психиатрии Росздрава, Москва*

**Введение.** В течение последних лет ведутся интенсивные исследования эпилепсии разными специалистами, что делает проблему эпилепсии междисциплинарной [Болдырев А.И., 1995; Мухин К.Ю., Петрухин А.С., 2000; Гехт А.Б., 2001; Максутова А.Л., 2001; Киссин М.Я., 2003, Усюкина М.В., 2001; Herzog A.G., 1986, 1991]. Особенно это наглядно на модели женской эпилепсии, при которой многообразии клинических проявлений связано не только с полиморфизмом приступов, но и с нарушениями со стороны психической и эндокринной сферы. Депрессия является одним из самых распространенных психических расстройств, развивающихся у больных эпилепсией. По данным разных авторов, распространенность интериктальной депрессии доходит до 60%. Несмотря на высокую частоту встречаемости, диагностируется она не всегда своевременно. В общей популяции женщины страдают депрессией в 2 раза чаще, чем мужчины. Это утверждение справедливо и для больных эпилепсией. Повышенная предрасположенность женщин к развитию аффективных расстройств обусловлена совокупностью генетических, гормональных и психосоциальных факторов.

**Цель исследования** – изучение клинико-психопатологических особенностей депрессивного расстройства при эпилепсии у женщин.

**Материал и методы.** Исследование было проведено в клинике экзогенно-органических расстройств и эпилепсии Московского НИИ психиатрии. Были обследованы 66 женщин в возрасте от 18 до 50 лет, средний возраст –  $30,29 \pm 8,36$  лет. Средняя длительность течения эпилепсии составила  $14,05 \pm 9,08$  лет. Среди обследованных преобладали женщины с парциальными (фокальными) формами эпилепсии (77,3%): криптогенная эпилепсия диагностирована у 42 пациенток (63,6%), симптоматическая – у 9 (13,7%). Идиопатическая генерализованная эпилепсия отмечалась у 15 женщин (22,7%). Катамениальная (перименструальная) эпилепсия имела место у 14 больных (21,2%). На основании диагностических критериев МКБ-10 у всех больных было диагностировано непсихотическое депрессивное расстройство органической природы (F06.362). Верификация диагноза осуществлялась на основании результатов клинико-неврологического, клинико-психопатологического, электроэнцефалографического обследования, данных магнитно-резонансной томографии головного мозга. Помимо этого, были использованы психометрические шкалы: национальная госпитальная шкала тяжести припадков NHS3, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, опросник депрессии Бека BDI, шкала Цунга для самооценки тревоги ZARS, шкала самооценки для выявления личностно-психопатологических расстройств SCL-90-R. Для статистической обработки результатов использована программа Statistica 6.0.

**Результаты и обсуждение.** В соответствии с типологией депрессий (по Вертоградовой О.П., 1980), согласно которой гипотимия может проявляться различными вариантами, включающими тоску, тревогу и апатию, было выделено 3 группы пациентов. Первую группу составили больные с ведущим тревожным аффектом в структуре депрессии – 28 больных (42,4%), во вторую группу вошли 30 пациентов (45,5%) с ведущим тоскливым аффектом в структуре депрессивного синдрома. В связи с трудностями разграничения ведущего аффекта был выделен тревожно-тоскливый вариант депрессивного расстройства. Данный вариант диагностирован у 8 пациентов (12,1%). Больных с ведущим апатическим аффектом в структуре депрессии в исследовании не было.

Депрессии легкой степени тяжести отмечались у 25 женщин (37,8%), средней (умеренной) степени тяжести – у 41 женщины (62,2%). В исследуемом контингенте больных тяжелых депрессий диагностировано не было. Возраст больных на момент дебюта депрессивного расстройства составил от 10 до 42 лет (средний возраст –  $24,75 \pm 8,06$  лет), длительность депрес-

сивного состояния от момента дебюта – от 3 месяцев до 27 лет (средняя продолжительность –  $5,49 \pm 5,13$  лет).

При ведущем тоскливом аффекте женщины предъявляли жалобы на печаль, грусть, уныние, подавленность, тоскливость. У некоторых пациенток тоска отмечалась в течение всего дня, без четких временных колебаний, у других – состояние улучшалось к вечеру. Отмечалась утрата интереса к деятельности, которая раньше приносила удовольствие (просмотр кино, чтение книг, хобби и так далее). У больных возникали мысли о своей бесполезности, отмечалась низкая самооценка. Часто имела место бессонница. Наиболее часто отмечалась ранняя инсомния: больные не могли долго уснуть вследствие того, что происходила мысленная переработка информации, возвращение к негативным мыслям.

При доминировании тревожного аффекта больные жаловались на внутреннее напряжение, неопределенное беспокойство, опасение за свое здоровье, здоровье близких, особенно детей, боязнь развития приступов. У большинства женщин отмечались нарушения сна с трудностью засыпания и поверхностным сном, когда буквально при каждом шорохе больные просыпались. У некоторых женщин в структуре депрессивного аффекта выявлялись дисфорические оттенки, а именно, раздражительность по малозначительным поводам, гневливость.

При депрессивных состояниях с ведущим тревожно-тоскливым аффектом имели место симптомы 2 типов депрессии: тоскливой и тревожной, причем нельзя было вычленить какой-либо доминирующий аффект. Данный факт находит подтверждение в многочисленных исследованиях как отечественных, так и зарубежных авторов о часто встречающейся коморбидности аффекта тоски и тревоги.

В ходе первой беседы с пациентками большинство из них не предъявляли жалобы на сниженное настроение. Больные оценивали свое состояние как хорошее и главную цель лечения в клинике экзогенно-органических расстройств и эпилепсии видели в избавлении от приступов, в то время как на другие проблемы в психическом состоянии внимания не обращали. Некоторые больные с трудом описывали свое состояние. В ходе последующих интервью и заполнения шкал самооценки у многих пациенток выявлялась еще одна «проблема со здоровьем», а именно, наличие депрессии. Данное утверждение касалось больных, имеющих частые и тяжелые приступы. У больных с ремиссией припадков в большинстве случаев отмечалась другая картина: главная цель противоэпилеп-

тической терапии была достигнута – приступы купированы, и вот здесь уже на первый план выступали симптомы депрессии. В первую очередь, именно на снижение настроения и жаловалась данная категория больных.

Длительность течения депрессии коррелировала с тяжестью приступов по шкале NHS3 ( $r=0,34$ ). Кроме того, чем тяжелее протекали приступы, тем более была выражена депрессия (по HADS) и тревога (по ZARS) ( $r=0,26$ ,  $r=0,27$ , соответственно,  $p<0,05$ ). При большей частоте простых парциальных приступов отмечались более высокие показатели по шкалам самооценки: общий балл по SCL-90-R –  $r=0,48$ , соматизация –  $r=0,30$ , обсессии –  $r=0,30$ , тревога –  $r=0,26$ , депрессия –  $r=0,34$ , фобия –  $r=0,34$ , психотизм –  $r=0,35$ , подшкала «тревоги» HADS –  $r=0,29$ , ZARS –  $r=0,32$ ;  $p<0,05$ . Частота вторично-генерализованных приступов положительно коррелировала с общим показателем шкалы HADS, подшкалой «депрессии» и «тревоги» HADS, а также BDI ( $r=0,40$ ,  $r=0,34$ ,  $r=0,34$ ,  $r=0,28$ , соответственно,  $p<0,05$ ). Судя по всему, переживания, которые больные испытывают при сохраненном сознании во время простого парциального приступа, являются хроническим, пролонгированным по времени фактором, который оказывает неблагоприятное влияние на эмоциональный фон и тем самым способствует развитию стойких депрессивных расстройств.

В группе больных с тревожной депрессией по сравнению с больными с тоскливой депрессией отмечались более высокие показатели соматизации ( $p=0,046$ ), тревоги ( $p=0,04$ ) и фобии ( $p=0,0034$ ) по SCL-90-R, подшкале «тревоги» HADS ( $p=0,0076$ ). Известно, что в общей популяции тревожные депрессии более тяжело субъективно переносятся, отличаются затяжным хроническим течением, имеют большую суицидоопасность, чаще приводят к госпитализации в стационар, более резистентны к терапии и имеют более худший прогноз по сравнению с депрессиями с ведущим тоскливым аффектом (Cassano G.B. et al., 1983).

При правосторонней локализации очага эпилептической активности, по сравнению с его левосторонней локализацией, при парциальной эпилепсии в группе больных с тоскливой депрессией отмечался достоверно больший показатель по шкале BDI ( $p=0,04$ ), при тревожной депрессии – более высокий показатель по подшкале «депрессии» HADS ( $p=0,048$ ).

У больных с некатамениальной эпилепсией отмечались большие показатели по подшкале «тревоги» HADS ( $p=0,046$ ) и шкале ZARS ( $p=0,035$ ). У женщин с катамениальной эпилепсией при легкой степени тяжести депрессии отмечен более высокий показатель по шкале BDI ( $p=0,022$ ). У больных с некатамениальной эпилепсией при умеренной степени тяжести

депрессии имели место более выраженные показатели тревоги по шкалам HADS ( $p=0,017$ ) и ZARS ( $p=0,0021$ ).

**Выводы.** Тяжесть и выраженность депрессивной симптоматики при эпилепсии зависит от частоты и тяжести приступов, в наибольшей степени, простых парциальных и вторично-генерализованных.

У женщин с эпилепсией и тревожной депрессией структура последней более многообразна по проявлениям психопатологической симптоматики, нежели у больных с тоскливой депрессией.

Правосторонняя локализация очага эпилептической активности при парциальной эпилепсии является фактором риска депрессивных состояний и требует настороженности врача в плане развития аффективных расстройств в будущем.

Фактор катамениальности снижает риск развития тревоги у женщин с эпилепсией, в большей степени это наблюдается при депрессии умеренной степени тяжести.

*Моренец Т.В.*

## **Роль механизмов психологической защиты и структуры личности в формировании клинических проявлений расстройств личности и поведения**

*Смоленская Государственная Медицинская Академия*

Исследование расстройств личности и поведения (РЛ) представляется актуальным в связи с необходимостью разработки и совершенствования алгоритмов диагностики и реабилитации этой группы пациентов. РЛ имеют большое значение в сфере социальных взаимоотношений, оказывая влияние, как на саму личность, так и на тех, кто ее окружает. Социальные ограничения, такие как выбор специальности, служба в армии, возможность обучения, возникающие в результате постановки этого диагноза, в конечном итоге приводят к снижению качества жизни, профессиональной дезадаптации, нарушению межличностных и семейных отношений. Согласно статистике, средний суммарный показатель распространенности РЛ в популяции в течение жизни составляет 5-15% [Vaillant G., Perry J., 1980], для каждого конкретного типа 0,5-7,8%. Среди не обращаю-

щихся за психиатрической помощью жителей РФ среднее суммарное значение этого показателя – 8,2% [Чуркин А.А. и др., 2000].

**Цель работы:** изучение роли механизмов психологической защиты (МПЗ) и структуры личности в формировании клинических проявлений расстройств личности и поведения.

Для решения задач исследования использовались: методика “индекс жизненного стиля” (ИЖС) и Я-структурный тест Аммона. Опросник ИЖС составлен из 97 вопросов, измеряющих 8 видов МПЗ: отрицание, вытеснение, замещение, компенсацию, реактивные образования, проекцию, интеллектуализацию и регрессию. МПЗ определяют реакции на эмоционально значимые стимулы, что проявляется как в адаптивном, так и в дезадаптивном поведении. При исследовании структуры личности с помощью Я-структурного теста Аммона, оценивались параметры: агрессия, тревога-страх, внешнее “Я-отграничение”, внутреннее “Я-отграничение”, нарциссизм, сексуальность. Каждую из шести психологических переменных оценивали тремя отдельными шкалами и выявляли степень выраженности конструктивной, деструктивной и дефицитарной составляющих.

**Таблица**  
**Распределение средних значений МПЗ в основной и контрольной группах**

	Отрицание	Вытеснение	Регрессия	Компенсация	Проекция	Замещение	Интеллектуализация	Реактивные образования
Основная группа	71	67*	67	71*	60	67*	52	68*
F60.3	82	75*	66	79	64	70*	57	82
F60.6	40	72*	65	58	60	69	67*	48
F60.7	69	41	71	57	48	58*	41	44
Контрольная группа	75	44	63	66	64	48	53	57
Примечание – * $p < 0,05$								

Были исследованы 30 пациентов с РЛ, средний возраст которых соста-



вил 19,86 лет. В качестве нарушений поведения рассматривались: склонность к уходу в асоциальные группы, конфликтность (26%), алкоголизация и наркомания (40%), аутодеструктивное поведение (30%), самовольные уходы из дома, учебного учреждения и бродяжничество (34%), наличие социальной изоляции, трудности в установлении межличностных отношений (20%). Исследовались пациенты со следующими типами РЛ: эмоционально неустойчивое (F60.3) – 60%, тревожное (уклоняющиеся) (F60.6) – 20%, зависимое (F60.7) – 20% пациентов. Контрольную группу составили 20 студентов медицинской академии 4 и 5 курсов. Основная и контрольная группы статистически не различались по возрастному показателю.

У большинства пациентов в спектре используемых МПЗ преобладали два-три способа, что свидетельствовало об однообразии психологических реакций и трудностях адаптации в различных жизненных ситуациях. При исследовании МПЗ в группе F60.3 отмечалось преобладание механизмов отрицания (72%), реактивных образований (67%), которые положительно связаны с частотой приводов в милицию и компенсации (55%), коррелировавшей с частотой уходов из дома, и вытеснения (44%). В группе F60.6 отмечалось преобладание механизмов компенсации (66%), регрессии (66%), интеллектуализации (55%). В группе пациентов F60.7 преобладали механизмы регрессии (66%) и замещения (50%). В группе F60.30 реже всего использовались механизмы интеллектуализации и проекции; в группе F60.6 - отрицания, что достоверно связано с социальной изоляцией, и реактивных образований, в группе F60.7 – вытеснения и реактивных образований.

При сравнительном анализе средних показателей МПЗ, приведенных в таблице, выявлены статистически достоверные различия между основной и контрольной группами по шкалам вытеснение и замещение ( $p < 0,01$ ). обнаружены достоверные различия. Обнаружены достоверные различия и при сопоставлении значений исследуемых параметров между группами больных с различными типами РЛ и контрольной группой. Так, в группе больных F60.3 большие показатели выявлены по шкалам вытеснение ( $p < 0,01$ ), замещение и реактивные образования ( $p < 0,05$ ). В группе F60.6 достоверно значимо различие по шкале интеллектуализация и вытеснение ( $p < 0,05$ ). В группе F60.7 выявлено различие по шкале замещение ( $p < 0,05$ ). В группе F60.3 достоверно преобладание механизмов реактивных образований в сравнении с другими группами ( $p < 0,01$ ), при сравнении с F60.7 – механизмов компенсации и вытеснения ( $p < 0,05$ ). В группе F60.6 в сравнении с F60.7 преобладали механизмы интеллектуализации ( $p < 0,05$ ).

Как было сказано выше, в качестве нарушения поведения, рассматривались аутодеструктивные поступки. У исследованных пациентов в анамнезе имелись суицидальные попытки в 63% случаев у женщин и в 23% – у мужчин, при этом только у одного пациента попытка суицида была единственной. Анализ показал, что в группе F60.3 больные с суицидальным поведением часто использовали МПЗ в виде отрицания (83%), реактивных образований (67%) и компенсации (50%). При использовании отрицания личность не осознает вызывающие тревогу обстоятельства или какой-либо внутренний импульс. Посредством реактивных образований личность избегает выражения недопустимых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Использование компенсации проявляется в попытках найти замену реального или воображаемого недостатка другим качеством, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе характеристик другой личности. В группе F60.6 и группе F60.7 у пациентов с суицидальным поведением тоже использовались механизмы компенсации (75%) и отрицания (50%), однако, механизм реактивных образований задействован не был. Корреляционный анализ подтвердил достоверную связь между использованием отрицания и суицидальным поведением, кроме того, аутодеструктивное поведение достоверно коррелировало с низким конструктивным внутренним Я-отграничением ( $p < 0,05$ ).

При исследовании структуры личности с помощью Я-структурного теста Аммона в группе F60.3 были отмечены нарушения по шкалам деструктивной агрессии (67%) и конструктивной тревоги (61%). В группе F60.6 были выявлены нарушения по шкале дефицитарная агрессия (67%), что проявляется в поведении как неспособность к установлению межличностных контактов, принятию решений, снижению предметной активности, интересов и потребностей. Выявлено высокое деструктивное и дефицитарное внешнее «Я-отграничение» (67%), что говорит о расстройстве регуляции отношения личности с окружающими и событиями внешнего мира. В поведении это выражается стремлением к избеганию контактов, тенденцией к полному контролю чувств, формированием пассивной жизненной позиции. Установлены высокие показатели по шкале дефицитарное внутреннее «Я-отграничение» (84%). В поведении это выражалось склонностью к чрезмерной мечтательности, сопровождаемой верой в свои фантазии. Плохо структурированный внутренний опыт был тесно связан с конкретными ситуациями и пережитыми в них эмоциями, что обуславливало слабую способность отличать испытанный ранее аф-

фект от настоящего вследствие трудностей дифференциации воображаемого и действительного.

При сравнительном анализе выявлены достоверные различия между контрольной и опытной группой ( $p < 0,05$ ). В основной группе выявлены большие показатели по шкалам деструктивная и дефицитарная агрессия, тревога, внешнее Я-отграничение, нарциссизм, деструктивное внутреннее Я-отграничение, дефицитарная сексуальность. При сравнительном анализе средних показателей между группой F60.3 и контрольной группой выявлены достоверно большие показатели по шкалам деструктивная агрессия, конструктивная и дефицитарная тревога ( $p < 0,05$ ), деструктивное внешнее Я-отграничение, внутреннее Я-отграничение, дефицитарный нарциссизм, внешнее Я-отграничение, сексуальность ( $p < 0,01$ ). В группе F60.6, по сравнению с контрольной, выявлены большие показатели по шкалам дефицитарная агрессия и сексуальность, деструктивная и дефицитарная тревога, внешнее Я-отграничение ( $p < 0,01$ ), внутреннее Я-отграничение ( $p < 0,05$ ), нарциссизм ( $p < 0,01$ ). В группе F60.7, в сравнении с контрольной, достоверно меньший показатель по шкале конструктивная тревога и внутреннее Я-отграничение и достоверно большие показатели по шкале дефицитарное внутреннее Я-отграничение ( $p < 0,05$ ). При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная положительная связь между трудностью установления межличностных отношений и наличием в структуре личности черт дефицитарного внешнего и внутреннего Я-отграничения, деструктивного внешнего Я-отграничения, сексуальности, тревоги, и отрицательная связь данного расстройства поведения с наличием черт дефицитарной агрессии и деструктивного нарциссизма. Приводы в милицию были связаны с низким дефицитарным внутренним Я-отграничением. Уход из дома отрицательно коррелировал с деструктивным внешним Я-отграничением, тревогой, дефицитарным внешним Я-отграничением, нарциссизмом. Уход в асоциальные группы отрицательно связан с конструктивным внутренним Я-отграничением, дефицитарным внешним Я-отграничением, сексуальностью, нарциссизмом. Улиц с алкоголизацией и наркоманией выявлялось дефицитарное внешнее Я-отграничение. Трудовая дезадаптация отрицательно связана с дефицитарным внешним Я-отграничением.

Таким образом, представленные методики помогают понять личностные установки, лежащие в основе расстройств социальной адаптации и формирования РЛ, и могут применяться для диагностики РЛ. Использование небольшого арсенала МПЗ приводит к нарушению и срывам

адаптации, что является клиническим проявлением РЛ. Наличие в структуре личности черт деструктивной агрессии, а так же использование механизмов вытеснения, компенсации и реактивных образований при редком использовании механизмов интеллектуализации и проекции определяет особенности поведения пациентов с эмоционально неустойчивым РЛ, ведущую роль в этом играет механизм реактивных образований. Клиническую картину у пациентов с тревожным РЛ определяют: использование механизмов интеллектуализации, вытеснения при редком использовании механизмов реактивных образований, наличие в структуре личности черт дефицитарной агрессии, внутреннего Я-отграничения, деструктивной и дефицитарной тревоги. Группа с зависимым РЛ использует механизмы замещения и регрессии при редком употреблении вытеснения и реактивных образований, для представителей этой группы характерно дефицитарное внутреннее Я-отграничение и низкие показатели конструктивной тревоги. Отрицание в качестве основного МПЗ может быть расценено как фактор суицидального риска. Выявленные закономерности в структуре личности при различных вариантах РЛ, а так же выявленные корреляции между видами нарушений поведения и особенностями МПЗ и структуры личности могут использоваться в индивидуальном консультировании в качестве психотерапевтических мишеней.

**Назаренко А.В.**

### **Депрессия в структуре шизофрении (первый эпизод)**

*ГУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница», г. Владивосток*

В настоящее время не существует однозначной оценки частоты встречаемости депрессивных симптомов при шизофрении, что, вероятно, связано с несовершенством современных диагностических подходов, позволяющих в рамках шизофрении согласно МКБ-10, учитывать только пост-шизофреническую депрессию [Мазо Г.Э., Горбачев С.Е., 2009], а также с трудностями дифференциации депрессии с апатией, абулией, гипокинезией и другими расстройствами, типичными для шизофрении.

Депрессивные расстройства и шизофрения не могут рассматриваться как независимые заболевания, лишь иногда совпадающие во времени. Об этом, наряду с клиническими наблюдениями, свидетельствуют результаты

эпидемиологических исследований. По данным разных авторов депрессии при шизофрении регистрируются в среднем у 25% больных [Смулевич А.Б., 2003].

Наблюдались 48 больных (20 мужчин, 28 женщин) в возрасте от 18 до 38 лет с длительностью заболевания от 3 до 5 лет, у которых в соответствии с критериями МКБ-10 диагностирована параноидная шизофрения. С особым вниманием изучен патокинез первого эпизода заболевания, в структуре которого выявлялась депрессивная симптоматика.

**Таблица**

**Распределение больных по полу и возрасту**

	Мужчины		Женщины		Всего	
<b>От 18 до 20 лет</b>	4	20%	2	7,2%	6	12,4%
<b>От 21 до 25 лет</b>	6	30%	9	32,2%	15	31,3%
<b>От 26 до 30 лет</b>	7	35%	12	42,8%	19	39,6%
<b>От 31 до 36 лет</b>	3	15%	5	17,8%	8	16,7%
<b>всего</b>	20	100%	28	100%	48	100%

Как видно из таблицы, в исследуемом материале депрессии в структуре первого эпизода шизофрении чаще всего встречались у пациентов в возрасте от 21 до 30 лет (70,9% набл.), предпочтительно у женщин (75% против 65% у мужчин).

При изучении анамнестических данных было выяснено, что после обыденных неприятностей «малого масштаба» у больных формировалось пониженное настроение с тоскливым или стойким тревожным аффектом, предчувствием несчастья, ощущением безысходности, безнадежности, бессмысленности существования (см. рис.).

У 17 больных (10 мужчин, 7 женщин) в структуре депрессии наблюдались «патологические телесные сенсации» [Бобров А.С., Петрунько О.В., Иванова Л.А., 2007], их беспокоили сжатия, стеснения в груди, боли в области сердца, головокружения, сопровождавшиеся страхом развития инсульта, инфаркта, алиенофобиями. Отмечалось падение выносливости к умственным и физическим нагрузкам. Прежние увлечения не приносили былого удовольствия. Длительная бессонница, утрата привязанностей, прежних интересов, отчуждение от продолжающейся рядом жизни, ангедония способствовали возникновению суицидальных мыслей, кото-

рые были выявлены у 39 больных (16 мужчин, 23 женщины), часто носили импульсивный характер. У 10 обследуемых (4 мужчин, 6 женщин) – незавершенные суицидальные попытки.

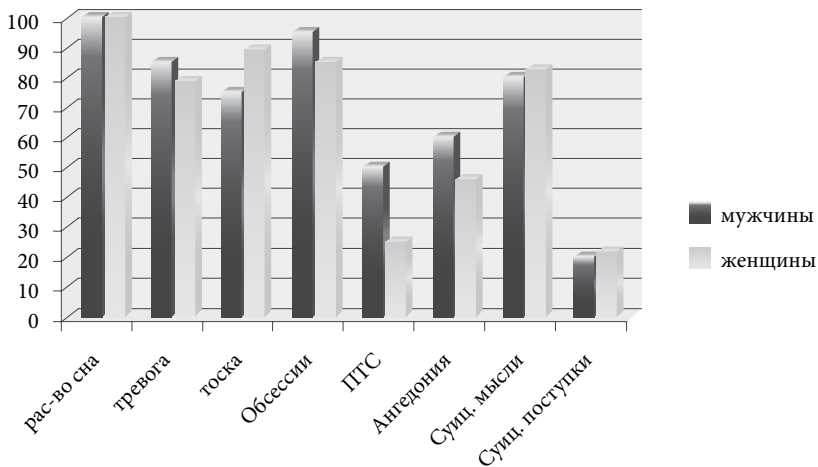


Рис. Психопатологическая структура депрессии с учетом гендерных различий

Недостаточная спонтанность сочеталась с затрудненным засыпанием и ранним пробуждением, ощущением снижения функции интеллекта, неуверенностью в способности выполнять привычную работу. Формировались навязчивые сомнения при принятии даже незначительных по своей сути решений, ритуалы, фиксирующие завершенность проблемных действий, страхи, что окружающие заметят странности в поведении.

Навязчивые сомнения распространялись на прошлое. Наблюдались наплывы воспоминаний о фактах, которые, по мнению больных, свидетельствовали о том, что они в свое время выбрали неправильную линию поведения. Давно пережитое актуализировалось. Больные вновь переживали детали ситуации, мучительно выстраивали идеи самоуничужения, обиды. Бесконечное воспроизведение событий прошлого, ощущение собственной неполноценности усугублялось анализом недавних, на первый взгляд безобидных разговоров. При преобладании тревоги большую значимость приобретал мотив угрозы извне, при преобладании тоски доминировали идеи самообвинения с ожиданием неминуемого наказания. Обследуемые утверждались в мысли, что сказали что-то лишнее, компрометирующее их. Формировалось стремление ограничить контакты с окружа-

ющими, сузить до минимума темы разговоров. Постепенно из происшедших событий выделялись наиболее проблемные, ассоциированные с их собственными поступками и высказываниями, которые представлялись им порочащими.

В связи с навязчивыми сомнениями нарушалась непрерывная коррекция установок и мотиваций в межличностных взаимоотношениях. Трудности близких пациенту лиц, их неприятности блекли перед болезненным восприятием собственной никчемности.

В образовании депрессивных идей участвовали механизмы психологической защиты, функционирующие в условия искаженного восприятия себя и окружающего мира, порожденного аффектом. Следует отметить, что этот аффект отличается качественно от самых тяжелых переживаний, которые могут возникнуть у здорового человека, превосходит их по силе, соответственно, и защитные реакции больного человека оказываются чрезмерными и искаженными. Этим можно объяснить карикатурное несоответствие предъявляемых больными себе обвинениями и ожидаемой кары [Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н., 1988].

В дальнейшем к депрессивной симптоматике присоединялись расстройства более тяжелых регистров. Появляющиеся в структуре синдрома бредовые идеи воздействия, элементы идеаторных автоматизмов, рудиментарные псевдогаллюцинации отодвигали происходящее в реальном мире на второй план, способствовали разобщению с окружающей средой, что следует расценивать, как «компенсаторный уход больных шизофренией в воображаемый мир при нарастающей несостоятельности в реальной действительности» [Красильников Г.Т., 1995]

Следует отметить, что у мужчин чаще встречаются депрессии с более широким спектром психопатологических проявлений, что дает основание предположить большую значимость депрессий в определении последующего течения шизофрении у лиц мужского пола.

### **Литература:**

1. Бобров А.С., Петрунько О.В., Иванова Л.А. Интегративная оценка депрессии, тревоги и соматоформных расстройств // *Журнал неврологии и психиатрии*, 2007, №5, 24-31.
2. Красильников Г.Т. *Феноменология, клиническая типологии и прогностическая оценка аутизма при шизофрении. Автореферат, диссерт. д-ра мед.наук. Томск, 1995.*

3. Мазо Г.Э., Горбачев С.Е., Депрессия при шизофрении: опыт и подходы практических врачей к диагностике и терапии //Клиническая и социальная психиатрия, 2009, №4, 4-14.
4. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Л., Медицина, 1988.
5. Смулевич А.Б. Депрессии и шизофрения //Журнал невропатологии и психиатрии, 2003, №4, 4-13.
6. Снежневский А.В. Нозология психозов. В сб: Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии. М, 1974, 156-168.

Одегова М.В.

## **Аффективные расстройства депрессивного спектра у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения**

*Ивановская государственная медицинская академия*

Инсульт стоит на 3-м месте по частоте смертельных исходов после заболеваний сердца и злокачественных новообразований, что делает его чрезвычайно актуальным заболеванием XXI века во всем мире. В России ежегодно регистрируется около 450000 новых случаев инсульта [Гусев Е.И., 2000; Верещагина Н.В., 2002]. Нередко у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), развивается психическая патология. Спектр психопатологических состояний, возникающих после инсульта, разнообразен, но наиболее распространенным является постинсультная депрессия, частота возникновения которой колеблется от 26% до 60%. Постинсультная депрессия – независимый фактор, оказывающий влияние на восстановление нарушенных неврологических функций, когнитивного дефекта, социальную активность, качество жизни, выживаемость постинсультных больных [Sturn J.W., Donan G.A. et al., 2004]. В литературе отмечено, что депрессия повышает риск развития инсульта и присоединения другой соматической патологии. Так, установлено, что развитию инсульта могут способствовать увеличение при депрессии серотонинзависимой агрегации тромбоцитов [Musselman D.L. et al., 1996], изменение экспрессии на них ряда поверхностных гликопротеинов [Cassidy E.M. et al., 2003], снижение в крови уровня липопротеинов высокой плотности [Maes M., Smith R. et al., 1997]. Изменение вегетативной



регуляции сердечной деятельности при депрессии увеличивает риск развития аритмий, что, в свою очередь, повышает риск возникновения тромбоэмболических инсультов. При этом остаются сравнительно мало разработанными клинические особенности депрессивных состояний, выявляемых при ОНМК, а в небольшом количестве проспективных исследований используются формальные оценки, ограничивающиеся констатацией депрессивных состояний (по результатам измерений с помощью различных психометрических инструментов).

**Цели и задачи:** выявить и изучить особенности клинических проявлений депрессивных расстройств у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

**Материалы и методы.** Обследовано 32 пациента (8 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 61 до 80 лет, перенесших ОНМК, находившихся на лечении в неврологическом сосудистом центре 3 городской больницы г. Иваново в январе – феврале 2010 года. В исследование не включались больные с деменцией, афазией, расстройствами сознания. При обследовании пациентов использовалась анкета-опросник, разработанная нами для учета социальных характеристик больных, степени выраженности неврологической патологии и психических расстройств. Для оценки депрессивного состояния применялся тест «Опросник Бэка». Все пациенты были консультированы неврологом, психиатром и психологом, использовался метод компьютерной томографии (КТ).

**Результаты.** С учетом данных, полученных при КТ-исследовании, больные были поделены на две группы.

В первую группу вошли 7 женщин в возрасте от 49 до 60 лет с отсутствием изменений на КТ. У пациентов второй группы -25 человек – на КТ выявились постишемические изменения в коре или подкорковом слое.

У больных первой группы этиология депрессии была расценена как психогенная. Так, у 5 испытуемых депрессия возникла в связи с ОНМК, которое было оценено как транзиторная ишемическая атака, которая носила функциональный характер при отсутствии признаков психоорганического синдрома. Депрессивная симптоматика у этих пациентов развилась в течение первых суток после острого нарушения мозгового кровообращения. Больные жаловались на тревогу, опасения за свою дальнейшую судьбу, отмечали трудности засыпания с неприятными и тягостными

сновидениями. В клинике депрессии отражались переживания по поводу утраты трудоспособности, значительного ухудшения финансового благополучия, изменение семейного статуса. Все больные этой группы расценили ОНМК как «наказание свыше». По опроснику Бека их состояние соответствовало депрессии легкой степени выраженности. У 2 больных имела место психогения, связанная с гибелью близких родственников, а возникшая депрессия предшествовала и способствовала возникновению ОНМК. В клинической картине отмечались чувство подавленности, тоски, беспомощности, невозможность получать удовольствие от жизни. Больные винили себя в недостаточном внимании к утраченному родственнику, бездействии. Перечисленные переживания усиливались каждый раз при воспоминании о травмирующем событии. По опроснику Бека их состояние соответствовало депрессии умеренной степени выраженности.

Во вторую группу вошли 25 пациентов обоего пола в возрасте от 60 до 80 лет. Депрессивная симптоматика развилась у них с 3 по 7 день после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения.

У второй группы пациентов этиология депрессии может быть расценена как органическая с учетом морфологических изменений на КТ и наличия психоорганического синдрома разной степени выраженности. В этой группе больных была выявлена связь между локализацией и глубиной поражения головного мозга и степенью выраженности депрессии. Так, у 16 пациентов этой группы, состояние которых соответствовало депрессии легкой степени выраженности, на КТ были обнаружены изменения коры головного мозга, наружная и внутренняя гидроцефалия и изменения в подкорковом слое мозжечка и затылочных долей. Состояние остальных 9 испытуемых данной группы по опроснику Бека соответствовало депрессии умеренной степени выраженности, на КТ были обнаружены изменения в подкорковом слое лобных, теменных и височных долей.

В нашем исследовании не отмечено связи между степенью выраженности депрессии и принадлежностью очага поражения к той или иной гемисфере.

По клиническим проявлениям депрессии больных, имеющих морфологические изменения на КТ, можно разделить на 3 группы. В первой группе у 2-х больных, перенесших геморрагический инсульт, в клинической картине депрессии преобладали тревога, нарушение сна, повышение аппетита, снижение порога болевой чувствительности. Для второй группы больных – 16 человек – было характерно наличие в клинической картине церебрастенических проявлений (повышенная чувствительность

к сенсорным стимулам, утомляемость, плаксивость, трудности в принятии решений, раздражительность). У третьей группы пациентов (7 человек) отмечались ангедония, апатия, уплощение аффекта. Испытуемые этой группы отмечали, что они ничем не удовлетворены, потеряли всякий интерес к другим людям, не могут заплакать, даже если захотят, обнаруживали нежелание что-либо делать, утрату аппетита и чувства сна. Данные проявления сочетались с синдромом паркинсонизма.

Среди обследованных больных признаков, указывающих на эндогенный характер депрессии, не выявлено. По данным анамнеза обследуемые пациенты и их родственники к психиатру ранее не обращались, на учете не состояли. Не выявлено витального компонента депрессии, характерного для эндогенного процесса, суточных колебаний, присутствовало критическое осознание болезни.

**Выводы:** Депрессии, возникшие у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, представляют собой спектр состояний разной степени выраженности и этиологии.

Выявлена зависимость степени выраженности органической депрессии от локализации и глубины поражения головного мозга.

*Омельченко М.А.*

### **Основные закономерности течения и исходов юношеских эндогенных приступообразных психозов, манифестирующих приступом маниакально-бредовой структуры**

*Научный центр психического здоровья РАМН, Москва*

Одним из важнейших направлений современной психиатрии является изучение первых приступов эндогенных психозов и оценка их предикторного значения для дальнейшего течения заболевания [Бархатова А.Н., 2005; Субботская Н.В., 2006; Голубев С.А., 2010; Yung A. et al 2003; Olsen K., Rosenbaum B., 2006]. По эпидемиологическим данным эндогенные приступообразные психозы манифестируют преимущественно в юношеском возрасте и в четверти случаев сопровождаются маниакальным полюсом аффекта [Perlis R., Miyahara S., 2004; Blader J., Carlson G., 2007, Öngür D.,

Lin L., 2009]. Несмотря на активное изучение особенностей манифестных маниакально-бредовых приступов юношеского эндогенного психоза взгляд на прогноз дальнейшего течения заболевания неоднозначен. Одни авторы [Каледа В.Г., 1998, 2010; Кузякова А.А., 2007; Pope H., Lipinski J., 1980; Kauer-Sant'Anna M., Bond D., 2009] рассматривали маниакальный аффект в качестве предиктора благоприятного течения заболевания, другие исследователи [Conus P., Cotton S., 2006; Faust J., 2007] получили данные о большей частоте и выраженности негативных изменений и худшем функциональном прогнозе заболевания.

**Цель исследования.** Выявление основных закономерностей течения и исхода эндогенных приступообразных психозов, манифестирующих в юношеском возрасте приступом маниакально-бредовой структуры, с учетом клинко-психопатологических особенностей последнего.

**Материал и методы исследования.** Материалом для настоящего исследования послужили 60 больных мужского пола, госпитализированные в 1988-2000 гг. в юношеском возрасте (16-25 лет) в клинику НЦПЗ РАМН с первым приступом эндогенного приступообразного психоза маниакально-бредовой структуры (F20.3, F25.0, F30.2 по МКБ-10). Длительность катamnестического наблюдения составила не менее 10 лет, в среднем  $12,7 \pm 2,4$  лет. В соответствии с типологией первых маниакально-бредовых приступов [Стрельцова М.А., 2006, Омельченко М.А., 2009] больные юношеским эндогенным приступообразным психозом были разделены на четыре подтипа: 1 подтип – с преобладанием бреда восприятия (11 больных – 18,3%), 2 подтип – с преобладанием наглядно-образного бреда воображения (19 больных – 31,7%), 3 подтип – с преобладанием интеллектуального бреда воображения (14 пациентов – 23,3%) и 4 подтип – с элементами острого интерпретативного бреда (16 больных – 26,7%). Применялись клинко-катamnестический и психометрические методы (оценка по негативной субшкале PANSS). Уровень социального функционирования оценивался по шкале PSP (Personal and Social Performance scale).

**Результаты.** За 10 лет катamnестического наблюдения среднее количество рецидивов, представленных как психотическими приступами, так и аффективными фазами с депрессивной и маниакальной симптоматикой средней и тяжелой степени без психотических симптомов и без последующих изменений личности, составило  $5,2 \pm 3,3$ . Большую часть рециди-

вов (68,5%) больные перенесли амбулаторно. Наиболее активным процесс приступообразования был на 2-3 и 6-7 годах, на это время пришлось соответственно 30,3% и 30,4% рецидивов. На 4-5 году течения заболевания отмечалось существенное снижение активности приступообразования, количество рецидивов составило лишь 11,2% (см. рис).

По выделенным подтипам выявлялись существенные отличия в активности приступообразования в течение первых 10 лет катamnестического периода. Так, у больных 1 подтипа развилось в среднем  $3,7 \pm 2,3$  рецидива, что было сопоставимо с показателями 4 подтипа ( $3,8 \pm 2,9$  рецидива). Наибольшее количество рецидивов развилось у больных 2 подтипа ( $7,3 \pm 4,7$  за 10 лет), у пациентов 3 подтипа этот показатель составил  $5,8 \pm 3,5$  рецидивов. Соотношение психотических приступов и аффективных фаз у обследованных пациентов составило в среднем 58,8% к 41,2%, соответственно. Аффективные фазы преобладали у больных 2 подтипа (59,7%), в 1 и 3 подтипах аффективные фазы составляли треть всех рецидивов (30,8% и 37,4%, соответственно), у пациентов 4 подтипа их было наименьшее количество (19,7%).



*Рис. Активность процесса приступообразования юношеского эндогенного приступообразного психоза с первым приступом маниакально-бредовой структуры в течении катamnестического периода*

Было установлено, что на активность процесса приступообразования существенное влияние оказывает психофармакотерапия. Так, у приверженных терапии пациентов, принимающих большую часть времени лекарственные назначения, регулярно посещавших амбулаторный прием

у врача и соблюдавших врачебные рекомендации (31,7% больных), среднее количество приступов за 10 лет катамнестического наблюдения составило  $3,7 \pm 2,1$ . У частично приверженных терапии пациентов, склонных сознательно или под влиянием каких-либо внешних обстоятельств пропускать дозы лекарственных препаратов и нерегулярно наблюдавшихся у врача (42,7% больных), активность приступообразования была несколько выше и составила  $5,2 \pm 3,1$  приступа за 10 лет наблюдения. У неприверженных терапии больных, преднамеренно не принимавших поддерживающего лечения и не наблюдавшихся у врача (25,6% больных), активность приступообразования была существенно выше и составила  $6,7 \pm 2,6$  приступов за 10 лет наблюдения.

Исследование показало (см. табл.), что наиболее благоприятные разновидности течения – одноприступное и регрессирующее – встречались в половине наблюдений. У четверти больных имелась тенденция к течению заболевания по типу «клише». Прогрессирующее и переход в хроническое течение имели место в трети наблюдений. При анализе течения заболевания у больных выделенных подтипов было отмечено, что наиболее благоприятное течение наблюдается у пациентов 1 и 4 подтипов. У пациентов 2 подтипа в структуре течения заболевания в трети наблюдений отмечались повторные приступы по типу «клише». У больных 3 подтипа течение было наименее благоприятным.

Для оценки степени выраженности негативных изменений личности у больных на момент катамнеза применялась субшкала негативных расстройств PANSS (табл.). У большинства пациентов отмечалось отсутствие, незначительная или слабая степень выраженности негативных расстройств. Негативная симптоматика умеренной и сильной степени выраженности выявлялась у трети больных. Негативные расстройства очень сильной степени и крайней степени выраженности у исследованных пациентов не встречались. Практически у всех пациентов 1 подтипа отмечалась незначительная негативная симптоматика, у пациентов 2 и 4 подтипов слабовыраженные расстройства наблюдались в двух третях наблюдений. Худшие показатели были выявлены среди больных 3 подтипа, у которых в половине случаев отмечались негативные расстройства умеренной и сильной степени выраженности.

Таблица

**Клинические и психометрические характеристики больных  
на момент катамнеза**

Показатель	Подтипы первого приступа									
	1 подтип		2 подтип		3 подтип		4 подтип		Всего	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Всего больных	11	18,3	19	31,7	14	23,3	16	26,7	60	100
Разновидности течения										
Одноприступное	4	36,4	4	21,1	2	14,3	2	12,5	12	20
Регрессиентное	3	27,3	7	36,8	3	21,4	5	31,2	18	30
Клише	3	27,3	5	26,3	2	14,3	3	18,8	13	21,7
Прогрессиентное	1	9,0	3	15,8	5	35,7	5	31,2	14	23,3
Хроническое	0	0	0	0	2	14,3	1	6,3	3	5
<b>Степень выраженности негативных расстройств (по негативной субшкале PANSS)</b>										
Отсутствие (7 – 13 баллов)	4	36,4	0	0	0	0	1	6,2	5	8,4
Очень слабая степень (14 – 20 баллов)	2	18,2	4	21,0	2	14,3	4	25	12	20,0
Слабая степень (21 – 27 баллов)	4	36,4	8	42,2	5	35,7	6	37,6	23	38,3
Умеренная степень (28 – 34 балла)	1	9,0	4	21,0	5	35,7	4	25	14	23,3
Сильная степень (35 – 41 балл)	0	0	3	15,8	2	14,3	1	6,2	6	10,0
<b>Уровень социального функционирования (по шкале PSP)</b>										
Хорошее функционирование или небольшие затруднения (71 – 100 баллов)	5	45,5	6	31,6	4	28,6	5	31,2	20	33,3
Заметные затруднения (51 – 70 баллов)	4	36,4	8	42,1	4	28,6	4	25,0	20	33,3
Выраженные затруднения (31 – 50 баллов)	2	18,1	3	15,8	5	35,7	5	31,2	15	25
Сильно выраженные затрудне- ния (0 – 30 баллов)	0	0	2	10,5	1	7,1	2	12,6	5	8,4
<b>Исход на момент катамнеза</b>										
Благоприятный	5	45,4	7	36,8	3	21,4	5	31,2	20	33,3
Относительно благоприятный	4	36,4	8	42,2	5	35,7	4	25,0	21	35,0
Относительно неблагоприятный	2	18,2	2	10,5	4	28,6	4	25,0	12	20,0
Неблагоприятный	0	0	2	10,5	2	14,3	3	18,8	7	11,7

При оценке уровня социального функционирования больных на момент катамнеза по шкале PSP (табл.) было установлено, что у трети пациентов отсутствовали или были незначительно выражены затруднения в сферах социально-трудовой деятельности, межличностных отношений, самообслуживания, а также стойкие изменения поведения. У трети пациентов выявлялись заметные нарушения социального функционирования. Выраженные и сильно выраженные затруднения отмечались у трети больных. Высокий уровень социального функционирования был сохранен у половины пациентов 1 подтипа. Для больных 2 подтипа было характерно незначительное снижение качества жизни. Худшие показатели были получены у пациентов 3 и 4 подтипов, у которых в половине случаев выявлялось значительное нарушение функционирования по всем сферам жизни.

В целом для юношеских эндогенных приступообразных психозов, манифестирующих приступом маниакально-бредовой структуры, были характерны благоприятный и относительно благоприятный исход с ремиссией высокого качества, отсутствием или незначительной выраженностью негативных расстройств, с высоким или прежним уровнем социально-трудовой адаптации. У трети больных исход расценивался как относительно неблагоприятный и неблагоприятный с течением по типу «клише» или прогрессивным течением, с отчетливыми негативными изменениями, снижением уровня социально-трудовой адаптации или с утратой трудоспособности. У пациентов 1 и 2 подтипов исход был лучше, чем у больных 3 и 4 подтипов.

Таким образом, на основании полученных данных, можно заключить, что психопатологическая структура первого приступа юношеского эндогенного приступообразного психоза имеет важное прогностическое значение в оценке активности приступообразования, разновидностей течения, степени выраженности негативных изменений личности, уровня социального функционирования и исхода заболевания в целом.

### **Литература.**

1. Бархатова А.Н. Эндогенный юношеский приступообразный психоз с кататоническими расстройствами в структуре манифестного приступа (клиническое и клинико-катамнестическое исследование): Дис. ... канд.мед.наук. М. 2005.
2. Голубев С.А. Основные клинико-динамические характеристики гал-



- люцинаторных расстройств в картине манифестных приступов юношеской шизофрении. // Межрегиональная научно-практическая конференция «Психическое здоровье молодого поколения: региональный, социально-демографический, превентивный аспекты». – Барнаул, 2009г, 64-65.
3. Каледа В.Г. Клиника и течение шизоаффективного психоза юношеского возраста (клинико-катамнестическое исследование). Дисс. ... канд.мед.наук. М. 1998.
  4. Каледа В.Г. Юношеский эндогенный приступообразный психоз (психопатологические, патогенетические и прогностические аспекты первого приступа). Дис. ... докт.мед.наук. М. 2010.
  5. Кузюкова А.А., Клиника и психопатология манифестных эндогенных психозов юношеского возраста. Дисс. ...канд.мед.наук. М. 2007.
  6. Омельченко М.А. Особенности мышления у больных с первым приступом маниакально-бредовой структуры эндогенного психоза юношеского возраста (результаты изучения с применением шкалы TLC). // Сборник статей Всероссийской Школы молодых ученых в области психического здоровья, г. Суздаль, 30 сентября – 3 октября 2009 г., 185-188.
  7. Стрельцова М.А. Основные подходы к типологии манифестных маниакально-бредовых состояний при эндогенных психозах юношеского возраста. // «Актуальные проблемы клинической, социальной и биологической психиатрии и наркологии», 19-20 октября 2006 г. Ростовна-Дону. Материалы научно-практической конференции ЮФО, стр. 263-266.
  8. Субботская Н.В. Психопатология и клиника острых парафренических состояний при шизофрении: Дис. ... канд.мед.наук. М. 2006.
  9. Blader J., Carlson G.: Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996–2004. *Biol Psychiatry* 2007; 62:104–106.
  10. Huber G., Gross G., Schuttler R. *Schizophrenie*. Berlin: Springer 1979.
  11. Kauer-Sant'Anna M., Bond D., 2009 Conus P., Cotton S., 2006; Faust J., 2007.
  12. Olsen K., Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: assessment instruments *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006, Vol. 113 Issue 4 April, 247-272.
  13. Öngür D., Lin L., Cohen B. Clinical characteristics influencing age at onset in psychotic disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2009, 50(1): 13-19.

14. Perlis R., Miyahara S., Marangell L., Wisniewski S., Ostacher M., Bowden C., Sachs G., Nierenberg A. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry* 2004, 55: 875-81.
15. Pope H. G., Lipinski J. P., Cohen B. M., Axelrod D. T. "Schizo-affective disorder". An invalid diagnosis? A comparison of schizo-affective disorder, schizophrenia and affective disorder. // *Am. J. Psychiatr.* -1980- v.137 – p. 921-927.
16. Yung A., Philips L., Yuen H. et al. Psychosis prediction 12 month follow-up of a high risk ('prodromal') group. *Schizophr Res* 2003, 60: 21-32.

**Павличенко А.В.**

## **Клинико-динамическая характеристика страха потери контроля и сумасшествия**

*Российский Государственный Медицинский Университет, Москва*

**Целью настоящего исследования** явилось изучение клинико-динамических характеристик страха потери контроля и сумасшествия.

Изученную выборку составили пациенты с расстройствами шизофренического спектра и невротическими состояниями, в статусе которых на разных этапах динамики наблюдался страх потери контроля и сумасшествия. Всего обследовано 44 больных, проходивших лечение в санаторном отделении Московской городской клинической больницы №1 имени Н.А. Алексеева.

### **Клинические особенности страха сумасшествия при расстройствах шизофренического спектра (31 наблюдение).**

При неврозоподобной шизофрении с непрерывным течением (18 наблюдений) в структуре манифестных панических атак, наряду с типичными вегетативными симптомами, встречалось чувство нарушения восприятия окружающих предметов («все вокруг было как застывшая картинка», «я не понимал, где нахожусь») собственного тела («невесомость», «тяжесть»), а также разнообразные телесные сенсации, сопровождающиеся необычностью локализации и вычурностью описания («восходящие волны боли в скулах», «волнообразные холодящие лучи в шее», «ощущение смещения костей черепа», «сжимание темечка»), которые сопровожда-

лись страхом потери контроля и часто трактовались как признаки надвигающегося безумия. Длительность подобных атипичных панических атак составляла около получаса, а страх сумасшествия носил вторичный по отношению к деперсонализации и сенестопатиям характер. Необычность пережитого заставляла многих пациентов обращаться не к врачам общего профиля, как это случается при доминировании страхов соматических заболеваний, а к психотерапевтам или врачам-психиатрам. В дальнейшем страх потери контроля почти не фигурировал в их жалобах, они вспоминали о нем лишь при прицельных вопросах врача. В то же время, некоторые пациенты старались скрыть сохраняющиеся мысли о возможном развитии психического заболевания и говорили о страхе без конкретной фабулы или страхе потерять сознание, заблудиться в незнакомом месте, страхе неправильно себя вести на улице или в общественном месте и, как следствие, они избегали посещать эти места. Последнее могло ошибочно быть принято за социальное тревожное расстройство, но сходство носило лишь внешний характер: при социофобиях больные избегают посещать людные места из-за страха оказаться несостоятельным при общении с другим человеком и страха «быть принятым за сумасшедшего», а вовсе не страха неправильно себя вести.

При неврозоподобной шизофрении с эпизодическим течением (8 наблюдений) страх сумасшествия встречался в рамках обсессивно-фобических приступов. Последние развивались остро, был выражен аффект растерянности, недоумения, а сам страх часто описывался пациентами в завуалированном виде («разовьются галлюцинации», «поедет крыша», «сделаю что-то непоправимое»). В дальнейшем он трансформировался в разнообразные контрастные обсессии в виде страха убить себя или окружающих («агрессивные обсессии»), навязчивых представлений сцен сексуального характера, например, вступить в интимный контакт с родителем противоположного пола или с животными («сексуальные обсессии»). Представления могли осложняться навязчивыми влечениями к их реализации, порой были крайне нелепы по содержания («боялась, что поднимется ветер и сбросит в окно», «подмешаю стекло при приготовлении пищи маленькому ребенку»). Во время этих состояний больные металась по комнате, покидали пределы квартиры, чтобы «случайно» не выброситься в окно, вскрыть себе вены или нанести вред маленьким детям, приковывали себя к батареям. На высоте приступа пациенты вызывали психиатрическую бригаду и поступали в больницу по каналам «скорой помощи». Врачи приемного покоя нередко расценивали данные обсессии как истинные су-

ицидальные намерения и направляли больных в общепсихиатрические отделения. В тесной связи с контрастными навязчивостями развивались специфические фобии (страх острых предметов, высоты). Продолжительность приступов составляла в среднем 2-3 месяца. В постприступном периоде контрастные obsessions не выявлялись, но эпизодически возникали опасения их возвращения, сопровождавшиеся кратковременным страхом развития сумасшествия.

При шизоаффективном расстройстве (5 наблюдений) по минованию острого психотического состояния больные вспоминали, что в начале развития приступа на фоне аффекта страха, тревоги, недоумения, чувства своей измененности, у них появлялись опасения, что окружающие «намеренно хотят свести с ума», а нарушения мышления (наплывы мыслей, шперрунги, отдельные идеи отношения, навязчивые представления) трактовались как симптомы «надвигающегося безумия». Когда возникала бредовая инсценировка и бред особого значения, критичность к своему состоянию, а вместе с ней и страх сумасшествия исчезали. Длительность аффективно-бредовых приступов составляла в среднем 2-3 месяца, осознание болезненности психотического эпизода было полным. Пациенты четко отделяли начальный период болезни, когда преобладали аффективные расстройства, деперсонализация и страх сумасшествия, от возникшего позже бредового состояния. Страх сумасшествия наблюдался в структуре как манифестных, так и повторных шизоаффективных приступов.

***Клинические особенности страх сумасшествия при невротических расстройствах (13 наблюдений).***

При неврозе навязчивых состояний (9 наблюдений) страх потери контроля и сумасшествия встречался преимущественно на отдаленных этапах заболевания. В структуре манифестных панических атак он практически никогда не развивался, преобладали вегетативные симптомы, конверсионные расстройства и ипохондрические страхи соматического неблагополучия (кардиофобия, танатофобия, страх задохнуться). В дальнейшем формировалась агорафобия с преобладанием страха пользоваться общественным транспортом, а течение заболевания приобретало волнообразный характер. У нескольких пациентов (3 наблюдения) страх сумасшествия возникал в структуре «симптоматически бедных» панических атак (DSM-IV-TR) через несколько лет после манифестации болезни в виде опасений потерять контроль над своими действиями, неправильно себя вести в присутствии посторонних. Страх был нестойкий, с деперсонализацией связан не был.

Контрастные obsессии при неврозе навязчивых состояний являлись, как правило, результатом трансформации ипохондрических фобий, проявлялись в виде опасений непреднамеренного совершения нелепых поступков и хульных мыслей. Obsессии здесь никогда не достигали степени навязчивых влечений и не занимали доминирующего положения в клинической картине. Так, навязчивый страх смерти мог сосуществовать со страхом «каким-либо образом» навредить себе или совершить «глупый» поступок, например, грызть мебель. При страхе поездок в метро возникало опасение броситься под поезд, на улице возникала мысль броситься под проходящий транспорт, в вагоне метро возникал страх закричать или совершать другие «непредсказуемые» действия. Само наличие подобных мыслей рассматривалось больными как возможный признак психического заболевания и, как их следствие, возникал страх потерять в ближайшем будущем контроль над своими действиями и невольно «сделать нездоровое». В фиксации этого страха определенную роль могли играть врачи-психиатры и данные научно-популярной литературы, где распространено мнение о предпочтительности страха сумасшествия для шизофрении. После слов врача или упоминание в статье о «возможной» шизофрении страх потери контроля трансформировался в стойкий «страх заболеть шизофренией».

Психогенные фобии с доминированием страха сумасшествия встречались нечасто (4 наблюдения), их возникновение можно связать с особенностями организации психиатрической помощи. Так, нами наблюдались больные с рекуррентными депрессивными расстройствами, которые во время пребывания в стационаре предъявляли также жалобы на страх сойти с ума и попасть в «острое» отделение. В преморбиде они отличались чертами повышенной внушаемости и тревожной мнительности, а появлению самого страха предшествовал перевод в общепсихиатрические отделения пациентов, с которыми у них успели сложиться тесные взаимоотношения. Следует отметить, что в последние годы контингент санаторных отделений психиатрических больниц существенно расширился, в том числе за счет больных с шизоаффективными состояниями и острыми полиморфными психотическими расстройствами на этапе формирования ремиссии. В первые дни после перевода знакомых им больных в другие палаты у пациентов появлялась тревога, расстройства сна в виде трудностей засыпания, навязчивые представления. Они пытались тщательно сопоставить собственные болезненные переживания с симптомами, наблюдающимися у других больных. Не находя между ними существенной раз-

ницы, они приходили к «логическому» выводу, что и у них также может «развиться сумасшествие» («раз у того больного были симптомы, подобные моим, а потом он сошел с ума, то этого не избежать и мне»). После выписки из больницы этот страх достаточно быстро редуцировался.

Появление транзитного страха сойти с ума в виде опасений, что «поедет крыша», «потеряю рассудок», «сознание» встречается у людей, не обнаруживающих признаков психических расстройств, после просмотра определенного рода фильмов и чтения книг, в том числе психиатрического характера. Возникновению этих мыслей также может предшествовать встреча на улице или в общественном транспорте больного в остром психотическом состоянии, или случайное знание о том, что кто-то из знакомых лечился в психиатрическом стационаре. В дальнейшем был характерен отказ от общения с таким человеком, избегание фильмов и книг, которые могут привести к появлению этого страха.

*Плужников И.В.*

### **Стратегии когнитивной регуляции эмоций у больных с пограничными психическими расстройствами: методический аспект<sup>1</sup>**

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова*

Эпидемиологическая ситуация с депрессивными и тревожными расстройствами, охватывающими по последним данным до 70% населения, делает все более актуальным направленность здравоохранения на выявление, терапию и реабилитацию лиц с расстройствами аффективного спектра [Kessler R.C. et al., 1994; Мосолов С.Н., 2007]. В ряде клинических и, прежде всего, психологических исследований было показано, что практически при всех психических расстройствах наблюдается дефицит функций произвольной регуляции психической деятельности [Смулевич А.Б., 2007; Зейгарник Б.В., 1986; Сафуанов Ф.С., 2003]. Очевидно, что дисрегуляция психической деятельности наблюдается и при расстройствах настроения и обсессивно-фобических состояниях [Тхостов А.Ш., 1998; Campbell-

<sup>1</sup> Исследование поддержано РФФИ, грант № 08-06-00057а «Структура и динамика когнитивных, аффективных и коммуникативных нарушений при психических и поведенческих расстройствах»

Sills L., Barlow D., 2007]. Можно предположить, что в последнем случае она связана в большей степени с эмоциями и носит не тотальный, а парциальный характер.

**Целью** настоящей работы является поиск и апробация относительно компактной клинико-психологической методики оценки когнитивной регуляции эмоций, с помощью которой можно было бы выделить не только нарушенные, но и сохраненные звенья регуляторного процесса при пограничной психопатологии.

**Методы.** Были использованы психодиагностический и статистический методы исследования. Для измерения стратегий когнитивной регуляции эмоциональных состояний был адаптирован для русскоязычной выборки пациентов широко используемый в западной клинической психологии опросник когнитивной регуляции эмоций (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ), разработанный N. Garnefski, V. Kraaij и P. Spinooven в 2000 году. Опросник включает в себя следующие шкалы: «Самообвинение», «Принятие», «Руминации», «Позитивное мышление», «Планирование», «Положительный пересмотр», «Помещение в перспективу», «Катастрофизация», «Обвинение других». Опросник состоит из 36 вопросов, испытуемому необходимо ответить на каждый из вопросов, ранжируя частоту использования заданного в вопросе стиля поведения или мышления по 5-балльной шкале «Никогда-Иногда-Регулярно-Часто-Всегда». Апробация методики на выборке из 167 здоровых испытуемых (54 мужчины и 113 женщин, в возрасте от 18 до 55 лет, средний возраст  $27,0 \pm 8,7$  лет, медиана 23 года) показала, что русскоязычный вариант опросника CERQ обладает хорошими психометрическими показателями:

- высокой надежностью-согласованностью: общая Альфа Кронбаха 0,87 (по отдельным шкалам – от 0,66 до 0,85);
- ретестовой надежностью: тест-ретестовые корреляции через 12 месяцев для разных шкал в диапазоне от 0,375 до 0,738;
- внешней валидностью: значимые корреляции с методиками «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» и «Шкала дифференциальных эмоций».

Конфирматорный факторный анализ подтвердил правомерность факторной структуры опросника (CFI=0,91, RMSEA=0,05), состоящей из перечисленных выше шкал.

**Испытуемые.** Было обследовано 40 больных депрессией (диагнозы F31.30, F32.10, F33.10, F34.0 по МКБ-10), 40 больных тревожными расстройствами (F40.01, F40.1, F41.0-F41.2, F43.2), 20 больных обсессивно-компульсивным расстройством (F42), 20 больных соматоформными расстройствами (F45.0-F45.3) и 50 здоровых испытуемых. Все испытуемые были молодого возраста (18-38 лет), Исследуемые группы являлись полностью сопоставимыми по возрастным и социально-демографическим показателям. Во всех группах было равное количество мужчин и женщин.

### Таблица

#### Средние значения и стандартные отклонения по методике CERQ (Критерий Манна-Уитни)

Группы Параметры оценки	Здоровые испы- туемые N = 50	Больные с депрес- сией N = 40	Больные с тревожн. расстр. N = 40	Больные с ОКР N = 20	Больные с СФР N = 20
Самообвинение	10,42 (2,59)	13,42*** (3,86)	11,50* (2,92)	12,65** (3,05)	12,65** (2,98)
Принятие	11,72 (3,49)	12,50 (4,64)	10,00* (2,95)	11,35 (3,22)	13,40* (3,53)
Руминации	8,76 (3,43)	9,77* (2,52)	11,95 *** (3,93)	12,15*** (2,72)	13,70*** (4,17)
Положительный пересмотр	9,72 (1,91)	8,97* (2,49)	9,12 (3,06)	9,60 (2,56)	9,75 (2,97)
Планирование	11,64 (3,55)	11,75 (3,44)	10,97 (3,65)	11,25 (3,92)	10,80 (3,30)
Позитивное мышление	8,22 (2,34)	7,15* (2,6)	8,22 (3,07)	9,30 (2,32)	8,55 (2,54)
Помещение в перспективу	14,14 (3,72)	13,30 (4,69)	14,77 (4,53)	13,75 (4,82)	12,85 (2,56)
Катастрофиза- ция	9,22 (2,73)	11,82** (4,41)	11,82** (4,65)	11,15* (3,47)	12,40*** (2,82)
Обвинени других	8,48 (2,07)	7,87 (2,57)	6,85** (2,53)	8,10 (2,63)	12,45*** (2,98)

Условные обозначения: достоверность различий: x – на уровне тенденции; \* – на уровне значимости  $p < 0,05$ ; \*\* – на уровне значимости  $p < 0,01$ ; \*\*\* – на уровне значимости  $p < 0,001$ .

**Результаты исследования.** Результаты исследования представлены в таблице, из которой видно, что для всех групп пациентов с расстрой-



ствами аффективного спектра характерно более частое (на высоком уровне статистической значимости) использование таких когнитивных стратегий регуляции эмоций, как «Самообвинение», «Руминации» и «Катастрофизация».

Кроме того, в каждой конкретной группе больных была выявлена специфика в более частом или более редком использовании той или иной стратегии.

**Обсуждение полученных результатов.** Для всех групп больных с пограничными психическими расстройствами характерен неспецифический паттерн, заключающийся в склонности пациентов чаще использовать стратегии самообвинения, руминаций и катастрофизации, что согласуется с данными литературы [Anderson C. et al., 1994; Nolen-Hoeksema S., Parker L., Larson J., 1994; McNally R. et al., 1992; Maidenberg E. et al., 1996; Бек А., Фримен А., 2002; Бек А. и соавт., 2003; Бек Дж., 2007]. Этот паттерн можно рассматривать как обобщенный когнитивный стиль, присущий пациентам с расстройствами аффективного спектра. Можно предположить, что наличие указанного устойчивого паттерна стратегий саморегуляции эмоций может быть одним из психологических механизмов синдромальной коморбидности депрессивных и тревожно-фобических состояний.

Кроме описанного паттерна, каждая конкретная группа больных характеризовалась и специфическим набором стратегий регуляции эмоций. Так, например, у больных с депрессией, кроме часто используемых стратегий самообвинения, руминаций и катастрофизации, наблюдалось редкое обращение к стратегиям положительного пересмотра и позитивного мышления. Все это согласуется с клиническими данными, полученными в процессе психотерапии депрессивных больных [Бек А. и соавт., 2003; Campbell-Sills L., Barlow D., 2007]. Пациенты с тревожными расстройствами реже, чем здоровые лица, использовали стратегию принятия ситуаций, вызывающих у них негативный аффект, и чаще обращались к мыслям о том, что за их эмоциональный дистресс ответственны окружающие (стратегия обвинения других). Пациенты с соматоформными дисфункциями чаще других испытуемых обращались к стратегиям обвинения других и принятия трудных жизненных обстоятельств. Последнее, судя по всему, является компенсаторной стратегией, поскольку высокие показатели по шкале «Принятие» CERQ тесно связаны с эмоциональным благополучием [Garnefski N., Kraaij V., Spinhoven P., 2001].

Таким образом, методика, использованная в данном исследовании, может быть использована в клинике пограничных психических расстройств, а выделяемые с ее помощью негативные стратегии когнитивной регуляции эмоций могут стать «мишенями» психотерапии.

*Поляковская Т.П.*

## **К типологической дифференциации инволюционной истерии**

*ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова, Москва*

Настоящее исследование посвящено клиническому изучению статике и динамики инволюционной истерии с целью типологической дифференциации состояний, объединяемых этим понятием.

**Материал и методы исследования.** Изученная выборка включила 85 женщин<sup>1</sup> (средний возраст – 49,1 ± 5,22 лет). Несмотря на длительное существование исследуемых состояний (этот показатель составил от полугода до 22 лет; в среднем – 6,41 ± 5,81 лет), выраженной дезадаптации у больных изученной выборки не регистрировалось: большинство (63,7%) продолжали работать, сохранять стабильный брачный статус (72,5%). Из 8 инвалидов (9,4%) II группу по психическому заболеванию имела лишь одна пациентка.

Отбор больных проведен на основе следующих критериев включения:

I. Соответствие наблюдаемого расстройства картине инволюционной истерии:

- манифестация в климактерическом (по критериям IMS – International Menopause Society, 1999) возрасте – 40 – 60 лет;
- признаки функциональной и/или органической соматической патологии, связанной с инволюцией;

---

<sup>1</sup> Гендерная однородность изученной выборки объясняется дефицитом данных литературы об инволюционной истерии у мужчин, а также отсутствием окончательного определения понятия «мужской климакс» или «андропауза» (Кулаков В.И. и соавт., 2006; Adatoroulos D.A.J. 1998; Hartman S.M. 2001 и др.) и возможности проведения необходимых в подобных случаях лабораторных тестов. Соответственно, 6 мужчин исключены из исследования на предварительном этапе.

- соматизированные психопатологические нарушения (полиморфные коэнестезиопатические феномены – алгопатии, конверсии, телесные фантазии) в структуре синдрома;
- признаки гипотимии немеланхолического уровня и/или дисфории;
- истерический характер жалоб и поведения (демонстративность, манипулятивность).

II. Продолжительность расстройства  $\geq 6$  месяцев.

III. Получение информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения: признаки манифестного психоза, органического поражения ЦНС, зависимости от психоактивных веществ, тяжелого соматического заболевания в стадии декомпенсации.

**Результаты исследования.** В качестве соматогенных триггеров, провоцирующих и поддерживающих психопатологические проявления инволюционной истерии, наиболее значимыми оказались гормонально-зависимые гинекологические заболевания – 62 набл. (73%) (миома матки, эндометриоз, кисты яичников, фиброзно-кистозная мастопатия, рак молочной железы) и сердечно-сосудистая патология<sup>1</sup> – 45 набл. (53%) (гипертоническая болезнь (ГБ), ишемическая болезнь сердца (ИБС)). Кроме того, в изученной выборке выявлены свойственные инволюции обменно-эндокринные нарушения [Мельниченко Г.А., Беркетова Т.Ю., 2006; Vanderpump C. et al., 1995]<sup>2</sup>.

В половине наблюдений (42 пациентки) лечение заболеваний репродуктивной системы потребовало хирургического вмешательства. Гинекологические операции у большинства этих больных (35 набл.) приходились на пременопаузальный период; у 29 (24,7%) пациенток проявления инволюционной истерии манифестировали при индуцированной/искусственной менопаузе: после экстирпации матки с придатками - 19 (16,5%) наблюдений, после гистерэктомии без придатков – 10 (8,2%). Этот факт интер-

<sup>1</sup> Гипертоническая болезнь I и II стадии диагностирована в 27 и 18 наблюдениях соответственно, стенокардия напряжения 2 ФК - у 4-х пациенток. Отличительной особенностью коморбидной сердечно-сосудистой патологии в изученных случаях является не только относительно благоприятное течение соматического заболевания, но и непосредственная связь его дебюта или обострения с психотравмирующими воздействиями (психогенная провокация гипертонических кризов, эмоциогенные приступы стенокардии).

<sup>2</sup> Почти у трети пациенток (28 набл.- 33%) обнаружена патология щитовидной железы (узловой зоб, хронический аутоиммунный тиреоидит), в части случаев (9%) сопровождавшаяся гипотиреозом. В 21 наблюдении (24,7%) зарегистрированы обменные нарушения (метаболический синдром), рассматриваемые в качестве факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (Gillum R. et al., 2001; Hansen S., 2003 и др.): ожирение по абдоминальному типу, СД 2 типа, гиперлипидемия.

претируется в литературе в свете провоцирующего воздействия «кастрационного синдрома» на возникновение психических нарушений в инволюции [Kotz K., 2006; Dennerstein L. et al., 2007], [3].

Переходя к психопатологическому анализу, необходимо подчеркнуть, что картина инволюционной истерии, несмотря на общие характеристики, рассматриваемые в большинстве публикаций [Гиляровский В.А., 1954; Семке В.Я., 1988; Ballinger C.B., 1990; Becker D. et al., 2001; Schmidt P. J. et al., 2004] [2 – 5, 7 – 11, 13 – 15], обнаруживает клиническую гетерогенность. На этом основании в настоящем исследовании выделены два типа изученных состояний, обозначенные как соматизированная истерия (I тип) и истероидная дисфория (II тип).

**Итип** – соматизированная истерия (55 набл.) Клиническая картина соматизированной истерии [Иванов С.В., 2002] определяется следующими проявлениями. Доминирует полиморфная конверсионная симптоматика (психалгии, нарушения чувствительности, астазия-абазия, globus hystericus, тремор, телесные фантазии), амплифицирующая проявления коморбидной соматической патологии (мультисоматоформное расстройство по J.L.Jackson, K.Kroenke, 2008). Пациенткам свойственна тревога о здоровье (health anxiety – Abramowitz J.S., Braddock A.E., 2008) с формированием «конверсионных кризов» (Вейн А.М. и соавт., 2000) – атипичных панических атак, органоневротической симптоматики, истерических фобий ипохондрического содержания (красочные, изменчивые по фабуле нозофобии с образными представлениями сцен телесной катастрофы, агонии, похорон).

В конституциональном складе пациенток, отнесенных к этому типу, в большей части случаев (62%) гистрионные черты сочетаются с высокой активностью и приподнятым настроением (гипертимные, «оживленные» истерики) [12]. Личностный склад остальных (38%) оценен как истеро-ипохондрический [6] (конверсионный тип истерического РЛ по А.О.Фильцу, 1987). В качестве акцентуации, отражающей подверженность к формированию ипохондрических проявлений в клинической картине, выступает вегетативная стигматизация [Kretschmer E., 1928], до манифестации инволюционной истерии проявлявшаяся кратковременными истеро-ипохондрическими реакциями.

Предпочтительные триггеры при рассматриваемом типе инволюционной истерии – стрессогенные события, субъективно воспринимаемые как угроза собственному здоровью, материальному благополучию.

Ритм расстройств [Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., 2010] заимствуется из особенностей течения соматического заболевания – 48% или расстройства личности – 52%.

Соматизированная истерия характеризуется тенденцией к хронификации. Постепенно происходит персонификация симптоматики истерической ипохондрии с акцентуацией черт «угнетенных мазохистов» (*oppressed masochists*) [1,6,12] – сетования на невнимание и черствость окружающих, не отвечающих благодарностью на их самопожертвование, потребность «вымогать заботу» с условной желательностью болезни и принятием роли страдальца. Соответственно, по мере формирования невротического (истеро-ипохондрического) развития реализуется амальгамирование телесных сенсаций с характерологическими девиациями.

**II тип** – истероидная дисфория (30 набл.) Клиническая картина истероидной дисфории [Leibowitz M., Klein D., 1979] определяется гипотимией с истерическими чертами. Депрессивные жалобы излагаются с театральным пафосом («невыносимое отчаяние», «душевная мука»), эмоциональной гиперэкспрессией (демонстративные рыдания, заламывания рук). Выявляется манипулятивное поведение вплоть до суицидального шантажа, а также вспышки озлобленности, агрессии, чередующиеся с приступами слабости (конверсионная астеня [Соколовская Л.В., 1991]). Содержательный комплекс депрессии (сознание оскорбленного самолюбия, неспособности смириться с «непростительным предательством» – изменой мужа, возлюбленного), свойственный «реакциям разочарования» [Reich W., 1933], не отделим от диссоциативного симптомокомплекса (кататимно заряженных, насыщенных фантазией образных представлений, отражающих «ключевое переживание»).

Конституциональная predisпозиция при этом типе определяется чертами «слепо преданных» («devoted») [6] с признаками «маркетинговой ориентации» [Fromm E., 1947]: за «фасадом» самопожертвования скрываются эгоцентризм, стремление добиться материальных благ с помощью манипуляций.

В отличие от соматизированной истерии, для манифестации истероидной дисфории предпочтительны стрессогенные события, субъективно воспринимаемые пациентками как «отвержение» (супружеская измена, развод).

При этом типе инволюционной истерии ритм расстройства в большинстве случаев (80%) заимствован из динамики расстройства личности или обусловлен циркадианными хронобиологическими механизмами (20%).

Если соматизированная истерия сопровождается ипохондрической озабоченностью, то для истероидной дисфории, напротив, характерно демонстративно-пренебрежительное отношение к проблемам собственного здоровья вплоть до «прекрасного равнодушия» («la belle indifferance» J.E. Breuer., S.Freud, 1895), что контрастирует с «инволюционными» размышлениями об утрате женственности, грядущей старости, беспомощности, одиночестве [Show J.M. et al., 2000], [11,13].

В противоположность первому типу инволюционной истерии при истероидной дисфории конституциональная акцентуация определяется свойствами абберантной ипохондрии [Смулевич А.Б. 2010], [1] с «отрицанием» [Vaillant G.E., 1980] телесных сенсаций.

В отличие от соматизированной истерии, динамика состояний второго типа, несмотря на возможность затяжного течения (длительность фазы от 6 месяцев до 3-х лет), соответствует зависимостям, характерным для психогенно спровоцированных депрессивных фаз с постепенной редукцией всех психопатологических проявлений; восстанавливается антиипохондрическое самосознание собственного тела.

### Литература:

1. Волель Б.А. *Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности: дисс. ... докт. мед. наук.* – М., 2010. – 448 с.
2. Гейер Т.А. к постановке вопроса об «инволюционной истерии» // *Труды психиатрической клиники I Московского Государственного Университета.* – М., 1927. – Вып. 2. – С. 45-51.
3. Каменецакая Г.Я. *Депрессивные расстройства, развивающиеся после овариэктомии. Клинико-психопатологическая оценка, принципы комплексной терапии: дисс.... канд. мед. наук.* – М., 2002. – 135 с.
4. Семке В.Я. «Истерическая болезнь»: современные аспекты нозологической специфичности и психосоматических отношений // *Психические расстройства в общей медицине.* – 2006. -№ 1.- С.16-22.
5. Сметник В.П. *Медицина климактерия / Под ред. В.П. Сметник* – Ярославль, 2006. – 848 с.
6. Смулевич А.Б. *Психопатология личности и коморбидных расстройств.* – М., 2009. – 202 с.
7. Bumke O. *Klimakterische Geistesstörungen.* // *Lehrbuch der Geisteskrankheiten.* – Wiesbaden, 1924. – S. 776-782

8. Gaupp R. *Die Depressionszustände des höheren Lebensalters* // *Munch. Med. Wschr.* – 1905. – Vol.8, № 32. – S. 1531-1537
9. Graziottin A., Serafini A. *Depression and the menopause: why antidepressants are not enough?* // *Menopause Int.* – 2009. – Vol.15. – P.76-81
10. Helson R., Soto C.J. *Up and down in middle age: monotonic and nonmonotonic changes in roles, status, and personality* // *J. Pers. Soc. Psychol.* – 2005. – Vol.89, № 2. – P. 194 – 204.
11. Kafanelis B.V., Kostanski M., Komesaroff P.A. et al. *Being in the Script of Menopause: Mapping the Complexities of Coping Strategies* // *Qual. Health Res.* – 2009. – Vol. 19, № 1. – P. 30 – 41.
12. Millon T. *Disorders of personality DSM-IV and Beyond.* – New-York, Toronto, Singapore, 1996. – 832 p.
13. Schmidt P. J., Murphy J. H., Haq N. et al. *Stressful life events, personal losses and perimenopause-related depression* // *Arch. Womens Ment. Health.* – 2004. – Vol. 32. – P. 19–26.
14. Soares C.N. *DSM-V and reproductive-related psychiatric disorders: a closer look at windows of vulnerability* // *Arch Womens Ment Health.* – 2010. – Vol. 13, № 1. – P. 15- 23.
15. Stewart D.E. *Menopause: a mental health practitioner's guide/ Ed. D.E. Stewart.* – 1st ed. – Washington, London: Amer.Psych. Pub. – 2005. – 202 p.

**Потанов А.В.**

## **Стандартизированные клинико-функциональные критерии ремиссии при шизофрении: описание и валидизация**

ФГУ Московский НИИ психиатрии Росздрава, Москва

**Введение.** В настоящее время в психиатрии имеется два основных подхода к симптоматике шизофрении: категориальный и дименсиональный.

В отечественной психиатрии был проведен целый ряд концептуальных исследований, посвященных изучению ремиссии при шизофрении. Эти работы касались преимущественно анализа динамики и типологии ремиссий при различных формах шизофрении [6, 4, 1, 3, 2]. Категориальный подход позволил дифференцировать ремиссии в зависимости от стойкости достигнутого терапевтического эффекта и по параметрам тяжести остаточных позитивных расстройств, на симптоматические – тимопатическая, обсессивная, ипохондрическая, параноидная и синдромальные – стениче-

ская, псевдопсихопатическая, апатическая, астеническая [7]. Однако категориальный подход к ремиссиям имеет ряд недостатков. Во-первых, это субъективизм в оценке типа ремиссии, во-вторых, отсутствие характеристики степени социальной дезадаптации. Кроме того, нет единого мнения о необходимости выделения и границах временного критерия.

Существующие международные критерии являются примером дименсионального подхода и основаны на оценке выраженности восьми симптомов шкалы PANSS, которые должны полностью отсутствовать или быть очень слабо выражены на протяжении 6 месяцев [8]. Вместе с тем, к недостаткам международных критериев ремиссии следует отнести отсутствие параметров социального функционирования и когнитивных показателей, а также отсутствие дифференцированного подхода к различным формам и типам течения шизофрении.

**Описание.** Стандартизированные клинико-функциональные критерии ремиссии были разработаны на основе комбинирования категориального и дименсионального подхода, с учетом их преимуществ и недостатков. Эти критерии основаны на валидизированной русскоязычной версии шкалы PANSS [5]. Кроме восьми симптомов предложенных Рабочей группой по ремиссии при шизофрении [8], симптомы «депрессия» и «снижение критичности и осознания болезни» были включены как обязательные для всех форм шизофрении. Также для каждой формы и типа течения шизофрении были предложены дополнительные симптомы с учетом наиболее характерной психопатологической симптоматики и пороговый уровень для каждого симптома. Социальная и персональная дезадаптация была охарактеризована с помощью определенного интервала по шкале PSP [9]. Стандартизированные критерии были предложены для параноидной шизофрении с непрерывным (F20.00), эпизодическим (F20.01, F20.02) и ремитирующим (F20.03) типами течения, для недифференцированной (F20.3), резидуальной (F20.5) и простой (F20.6) форм шизофрении, а также шизоаффективного расстройства (F25). Временной критерий для оценки стабильности состояния для всех вариантов диагноза составил шесть месяцев (таблица 1).

**Валидизация.** На базе одного участка ПНД №1 г. Москвы была проведена валидизация симптоматического и функционального показателей (без учета временного) разработанных критериев ремиссии в сравнении



Таблица 1

**Клинико-функциональные критерии ремиссии  
с учетом диагноза по МКБ-10**

Группы симптомов по PANSS	Формы шизофрении по МКБ-10	F20.01 F20.03 F25	F20.00	F20.02	F20.3	F20.5	F20.6
	Симптомы по PANSS	Пороговый уровень по шкалам					
Психотические симптомы	Бред	≤ 3	≤ 5	≤ 3	≤ 4	-	-
	Необычное содержание мыслей	≤ 3	≤ 5	≤ 3	≤ 4	≤ 3	-
	Галлюцинации	≤ 3	≤ 4	≤ 3	≤ 4	-	-
Симптомы дезорганизации	Концептуальная дезорганизация	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	-
	Манерность/поза	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3
Негативные симптомы	Уплощенный аффект	≤ 3	≤ 4	≤ 4	≤ 4	≤ 4	≤ 4
	Социальная отгороженность	≤ 3	≤ 4	≤ 4	≤ 4	≤ 4	≤ 4
	Нарушение спонтанности и плавности речи	≤ 3	≤ 4	≤ 3	≤ 4	≤ 4	≤ 4
Аутистический тип ремиссии	Эмоциональная отгороженность	-	≤ 4	≤ 4	≤ 4	≤ 4	-
Аффективные симптомы	Депрессия	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3
Ремиссия по типу нажитой циклотимии и гипертимии	Возбуждение	≤ 3	-	≤ 3	≤ 3	-	-
Нарушения воли Ремиссия по типу зависимых	Волевые нарушения	≤ 3	-	≤ 3	-	≤ 3	-
Критика к заболеванию	Снижение критичности и осознания заболевания	≤ 3	≤ 4	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3
Дополнительные пункты для оценки агрессии (псевдопсихопатическая ремиссии)	Трудности в задержке графикации	-	≤ 4	≤ 4	≤ 4	≤ 4	-
	Аффективная лабильность	-	≤ 4	≤ 4	≤ 4	≤ 4	-
Шкала Социального и Повседневного Функционирования (PSP)		71 – 80 и более	51 – 60 и более	51 – 70 и более	51 – 60 и более	51 – 70 и более	51 – 70 и более
Временной критерий: 6 месяцев							

с международными критериями. В анализ были включены данные на 104 пациента с диагнозом шизофрении (F20.01, F20.02, F20.03, F20.3, F20.5, F20.6) и шизоаффективного расстройства (F25) по МКБ-10. Средний возраст составил  $46,9 \pm 14,1$  лет, средняя длительность заболевания –  $18,2 \pm 11,4$  лет.

Международным симптоматическим критериям ремиссии соответствовало состояние 35% пациентов. Симptomатическим показателям клинико-функциональных критериев соответствовало состояние 65% больных, функциональным показателям – 67%. Совместно симптоматическим и функциональным показателям критериев ремиссии соответствовало 56% пациентов.

**Таблица 2**

**Распределение пациентов, достигших ремиссии, соответственно диагнозу по МКБ-10**

Диагноз по МКБ-10	Количество Пациентов	Международные критерии ремиссии	Клинико-функциональные критерии		
			Клинические критерии	Функциональные критерии	Клинические и функциональные критерии
F20.00	25 (100%)	0 (0%)	12 (48%)	14 (60.9%)	9 (36%)
F20.01	23 (100%)	16 (69.6%)	15 (65.2%)	11 (47.8%)	10 (43.5%)
F20.02	27 (100%)	5 (21.7%)	19 (70.4%)	19 (70.4%)	18 (66.7%)
F20.03	5 (100%)	4 (80%)	3 (60%)	5 (100%)	3 (60%)
F20.3	7 (100%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)	6 (85.7%)	4 (57.1%)
F20.5	6 (100%)	0 (0%)	5 (83.3%)	5 (83.3%)	5 (83.3%)
F20.6	3 (100%)	0 (0%)	2 (66.7%)	2 (66.7%)	2 (66.7%)
F25	8 (100%)	8 (100%)	7 (87.5%)	8 (100%)	7 (87.5%)
Общее количество	104 (100%)	36 (35%)	68 (65%)	70 (67%)	58 (56%)

Сравнение разработанных критериев ремиссии и международных (согласно диагнозу по МКБ-10) выявило различную частоту их соответствия. Так, ни один пациент с непрерывным течением параноидной шизофрении не соответствовал международным критериям, в то время как клинико-функциональным критериям соответствовало 36%. С другой стороны состояние 69,6% больных с эпизодическим течением и нарастающим дефектом параноидной шизофрении соответствовало международным симпто-

матическим критериям, и только 43,5% – клинко-функциональным критериям. Более того, 100% пациентов с диагнозами ремиттирующего течения параноидной шизофрении и шизоаффективного расстройства удовлетворяли международным критериям, и только 60% и 87,5% больных достигли дифференцированных критериев для этих диагнозов (таблица 2).

**Выводы:** (1) клинко-функциональные критерии ремиссии при шизофрении основаны на наиболее известных психометрических шкалах для оценки симптоматики и функционирования больных шизофренией; (2) разработанные критерии охватывают больший процент стабильных состояний по сравнению с международными, что более полно согласуется с отечественным подходом к ремиссиям при шизофрении; (3) данные критерии дифференцированно учитывают возможность достижения ремиссии при различных вариантах диагноза по МКБ-10; (4) стандартизированные критерии являются интегративным показателем состояния пациента и акцентируют внимание врачей-психиатров и клинических исследователей на психопатологической симптоматике, актуальной в период ремиссии, а также социальном и повседневном функционировании пациентов.

### Литература:

1. Зеневич Г.В. *Ремиссии при шизофрении.* – Л.: Медицина, 1964. – 216 с.
2. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О., Шейнина Н.С., Зайцев В.В. *Шизофрения: уязвимость – стресс – диатез – заболевание.* – СПб.: Гиппократ+, 2004. – с. 88-109.
3. Мелехов Д.Е. *Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении.* М.: Медгиз, 1963. – 198 с.
4. Морозов В.М., Тарасов Ю. К. *Некоторые типы спонтанной ремиссии при шизофрении.* Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1951. – № 4. – с. 44-47.
5. Мосолов С.Н. *Шкалы психометрической оценки шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств* // М.: Новый цвет. – 2001. – 237 с.
6. Серейский М.Я. *к вопросу о методике учета терапевтической эффективности при лечении психических заболеваний* // Труды Ин-та им. П.Б. Ганнушкина, в.4. – М., 1939. – с. 9- 25.
7. Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Дубницкая Э.Б., Дробижев М.Ю. *Критерии эффективности терапии шизофрении* // *Метод. Рекомендации,* – М., 2006. – 26 с.

8. *Andreasen N.C., Carpenter W.T.Jr., Kane J.M. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rational for consensus // Am. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 162. – P. 441-449.*
9. *Morosini P.L., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S., Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2000. – Vol. 101. – P. 323-329.*

**Примоченок А.А.**

## **Особенности социального функционирования подростков с признаками экзогенно-органических психических расстройств**

*КГУЗ «Алтайская краевая клиническая больница  
им. Ю.К. Эрדмана», Барнаул*

Социально-экономические и психологические условия жизни современного общества предъявляют к юным гражданам быстро меняющиеся, постоянно возрастающие требования. Залогом социального благополучия становится адекватная профессиональная подготовка, делающая молодого человека востребованным специалистом на рынке труда и тем самым обеспечивающая ему надежную социальную нишу.

Помимо личного предпочтения и материальных возможностей важным фактором, влияющим на профессиональное самоопределение подростков, является состояние их здоровья, прежде всего психического. Известно, что ряд психических заболеваний и состояний оказывает заметное влияние на способность детей и подростков к обучению. Наиболее актуальными из них в силу своей распространенности и труднокурабельности являются экзогенно-органические заболевания головного мозга.

Подростки, страдающие экзогенно-органическими поражениями головного мозга, менее толерантны к различного рода нагрузкам (в первую очередь умственным) в связи с чем они во многих случаях не справляются с учебной программой, дублируют классы, пропускают уроки, а в некоторых случаях и вовсе перестают посещать школу. Это приводит к временной, а чаще стойкой школьной дезадаптации, включающей в себя как когнитивные, так и поведенческие нарушения. Именно этот вариант школь-

ной дезадаптации требует выбора одной из форм шадящего обучения (индивидуальное, надомное, семейное либо в коррекционных классах, классах выравнивания и т. д.).

Логично предположить, что и на дальнейших этапах, в первую очередь при решении вопроса о продолжении образования, эти подростки сталкиваются с определенными сложностями. С трудом адаптируясь к новым условиям и повышенным нагрузкам, подростки с органическим поражением головного мозга, можно полагать, интуитивно делают выбор в пользу «облегченных» программ профессиональных училищ (ПУ), что в последующем позволяет им удовлетворительно функционировать на определенном социальном уровне.

Между тем, как показывает анализ литературы, различия психического здоровья разных контингентов подростков (школьники, учащиеся, студенты) исследованы крайне недостаточно, а посвященные им публикации единичны, что обуславливает необходимость более детального изучения этого вопроса.

Учитывая вышеизложенное, мы поставили себе **цель** изучить психическое здоровье разных контингентов подростков, не зарегистрированных психиатрической службой, с акцентом на экзогенно-органические психические расстройства.

Объектом исследования были подростки – ученики старших классов трех средних образовательных школ и одного профессионального училища. Работа велась посредством сплошного анонимного анкетирования с помощью специально разработанной анкеты, включающей ряд вопросов, направленных на выявление у респондентов признаков экзогенно-органических заболеваний головного мозга. Проверка разработанной анкеты на чувствительность осуществлялась путем анализа результатов ее применения в группе 30 подростков с клинически установленным диагнозом экзогенно-органического заболевания головного мозга.

Всего было исследовано 516 человек, из них 18 респондентов неправильно или не полностью заполнили анкеты, в связи с чем были исключены из исследования. Из 498 подростков, включенных в исследование, 141 (28,3%) человек обучался в ПУ, 130 (26,1%) – в девятом классе и 227 (45,6%) – в 10-11 классах.

На основании результатов исследования все респонденты были разделены на две группы. В первую группу (I) вошли подростки, имеющие, судя по данным анкетирования, признаки экзогенно-органических заболева-

ний головного мозга ( $n=129$ ). Те, у кого указанные признаки не выявлялись или были выражены минимально, что не позволяло говорить о наличии у них органических психических расстройств ( $n=369$ ), составили вторую группу (II).

Статистическую обработку материала производили с помощью программ Statistica 6.0, Excel. Применяли непараметрические методы вариационной статистики ( $\chi^2$ -критерий с поправкой Йейтса на непрерывность), различия считали значимыми при  $P<0,05$ .

Анализ структуры распределения подростков I и II групп в соответствии с формами получаемого ими образования показал, что между группами подростков, выделенных в соответствии с наличием/отсутствием у них признаков органических поражений головного мозга, имелись существенные отличия в выборе ими форм получаемого образования.

В первую группу вошло больше учащихся ПУ и меньше старшеклассников. Во второй, наоборот, преобладали ученики 10-11 классов, а доля учащихся ПУ была гораздо меньше. В обеих группах удельный вес девятиклассников был практически одинаков (27,0 и 25,7% соответственно), доля же старшеклассников в группе I была достоверно значительно меньше, чем в группе II (36,5 и 48,8%). Наряду с этим, в I группе подростков доля учащихся ПУ была достоверно больше, чем во II группе (36,5 и 25,7%). Иными словами, приведенные данные в известной степени подтверждают высказанную выше гипотезу о том, что подростки с органическими психическими расстройствами при решении вопроса о получении полного среднего образования соизмеряют, скорее неосознанно, свой выбор с возможностями своего психического состояния.

Сказанное подтверждается и результатами сопоставления удельных весов подростков I и II групп в группах разных форм обучения. Среди девятиклассников на долю тех, кто имел признаки экзогенно-органических заболеваний головного мозга, пришлось 26,9%, а доля подростков, у которых этих признаков не выявлялось, составила 73,1%. Наряду с этим, обращает на себя внимание иное соотношение удельно-весовых показателей подростков I и II групп среди старшеклассников и учащихся ПУ. Если у школьников это соотношение изменялось в сторону уменьшения доли подростков I группы и увеличения доли II (20,7% и 79,3% соответственно), то у учащихся ПУ доля подростков I группы оказалась заметно выше, а доля подростков II группы существенно ниже (33,3% и 66,7% соответственно). То есть, состояние психического здоровья учащихся ПУ характеризовалось наличием большего числа признаков, указываю-

щих на экзогенно-органические заболевания головного мозга, чем у их сверстников-школьников.

Таким образом, в результате исследования установлена связь между наличием/отсутствием признаков экзогенно-органических заболеваний головного мозга у подростков и выбором ими форм дальнейшего профессионального обучения. Тот факт, что подростки, относящиеся к группе риска по развитию экзогенно-органической патологии, избегают обучения по широкой и углубленной программе старших классов средней образовательной школы, вероятно, является примером их спонтанной адаптации.

С учетом этого полагаем, что полученные результаты могут способствовать целенаправленному профессиональному определению подростков, с ориентацией на особенности их психического состояния для достижения ими максимальной социальной адаптации в будущем и профилактики декомпенсации органической патологии.

*Пушкарёв Д.Ф., Нефедьева И.О.*

### **Типология гипертимного расстройства личности (аспекты прогноза)**

*Научный центр психического здоровья РАМН, Москва*

**Актуальность проблемы.** Возрастающий в последнее время интерес к гипертимному расстройству личности (РЛ) в первую очередь связан с серией работ, концептуализирующих конституциональные гипертимии в качестве самостоятельной категории РЛ, обнаруживающей собственные закономерности динамики, профессионального маршрута и социальной адаптации [Смулевич А.Б., 2009; Sass H. et al., 1995]. До настоящего времени предложенные различными авторами [Kretschmer E., 1921; Schneider K., 1928] типологии гипертимий представляли собой описательные категории, всецело основывающиеся на психопатологической квалификации и никак не корреспондирующие с динамикой в плане своего долгосрочного прогноза и возможной связи с аффективными расстройствами. С другой стороны, в литературе есть данные [Краепелин Е., 1921; Akiskal H.S., 1983; Fritze F. et al., 2002], указывающие на связь гипертимного РЛ с аффективной патологией, однако, эти указания имеют общий харак-

тер и не привязаны к конкретным типом гипертимии. Сведения об отношениях между гипертимией и аффективной патологией остаются противоречивыми: некоторые авторы позиционируют гипертимную (гипоманиакальную) личность в качестве преморбида БАР [Leonhard K. et al., 1962; Possl & von Zerksen, 1990], другие же отрицают подобные корреляции [Vazquez G.H. et al., 2008].

**Целью** настоящего исследования было уточнение динамики различных типов гипертимного РЛ в плане их долгосрочного прогноза и возможной связи с аффективными заболеваниями.

**Материал и методы.** Набор материала проводился среди пациентов психиатрического стационара (Клиника отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – акад. РАМН проф. А.Б. Смулевич) НЦПЗ РАМН (директор – акад. РАМН проф А.С. Тиганов)), а также в общей популяции и в соматической клинике (Клиника кардиологии и Клиника артрологии ММА им. И.М. Сеченова). Каждый пациент подвергался тщательному психопатологическому обследованию с обязательным сбором объективных анамнестических данных. *Критерии включения.* Были отобраны мужчины и женщины в возрасте 25-65 лет, проявлявшие гипертимные черты уже с детского или подросткового возраста и сохранявшие эти свойства вплоть до зрелого возраста (25 лет). У некоторых из обследованных, обнаруживавших (согласно данным анамнеза) в молодости отчётливые гипертимные черты, в зрелом возрасте развивалось очерченное аффективное заболевание. Эти случаи также были включены в выборку. *Критерии исключения:* шизофрения, шизофренические и бредовые расстройства (F20-F29), признаки зависимости от психоактивных веществ (F10-F19), органические психические расстройства (F00-F09), тяжёлая соматическая патология в состоянии декомпенсации, не позволяющая провести полноценное психопатологическое обследование. *Полученная выборка* составила 24 наблюдения (10 мужчин и 14 женщин), из них 7 (38,9%) – пациенты психиатрического стационара, 15 (55,6%) – соматического, 2 (5,5%) – из общей популяции. Средний возраст – 48,75 лет.

**Результаты.** За основу типологии гипертимных РЛ взята стабильность/нестабильность аффективного фона на протяжении жизни. Было выделено 2 группы наблюдений: 1 группа – гипертимии со стабильно припод-



нятым аффектом; 2 группа – гипертимии с неустойчивым аффектом. Сравнение динамики показало, что группы различаются не только по своим характерологическим свойствам, но и по своему долгосрочному прогнозу.

**1 группа – гипертимные психопатии со стабильным аффектом (19 набл.; 6 мужчин, 13 женщин, ср.возраст  $49,2 \pm 13,6$  лет).** Наблюдения этой группы обнаружили большую однородность характерологических черт. В первую очередь следует отметить «ровный» характер аффекта [С.Доган, 2008]: позитивное настроение сохранялось без больших взлётов и падений на протяжении практически всей жизни. Прослеживалось единообразие семейного и профессионального маршрута: как правило, это один прочный брак, стабильная карьера (десятками лет работали на одном месте). Ничто не могло сломить их оптимизма, витального ощущения успеха и благополучия.

Другая отличительная особенность этой группы пациентов – приподнятое основное настроение целиком определяло структуру личности. По сути, структура эмоций соответствовала диатетической пропорции Эрнста Кречмера со стойким преобладанием позитивного полюса. Включения же радикалов гетерогенных основной личностной оси (паранойяльного, шизоидного, истерического, возбудимого) отмечались редко и были крайне незначительными. Долгосрочный прогноз во всех наблюдениях этой группы определялся стабильностью характерологических черт на протяжении всей жизни. Возникавшие в некоторых случаях депрессивные реакции не обнаруживали тенденции к эндогенизации и учащению.

**2 группа – гипертимные психопатии с неустойчивым аффектом (5 набл.; 4 мужчины, 1 женщина, ср.возраст –  $47,0 \pm 14,3$  лет).** Общими для всех пациентов чертами были раздражительность, эмоциональная лабильность, нестабильность, «неровность» приподнятого аффективного фона. С юности периоды плодотворной деятельности, профессиональных успехов сменялись у них полосами непродуктивной активности. Также их отличала неадекватно завышенная самооценка, нереалистичский оптимизм, чрезмерные ожидания от окружающих, некритичность к своим поступкам. Им свойственна конфликтность, категоричность суждений. Беспечные, не склонные продумывать последствия своих поступков, они вступают в драки, злоупотребляют алкоголем. Для пациентов этой группы характерно сочетание гипертимных черт с психопатологическими характеристиками других РЛ (возбудимого, истерического, шизоидного). Соответственно, на жизненные трудности, стрессовые ситуации, помимо депрессивных реакций они могут реагировать соответственно ко-

морбидному личностному радикалу. Во всех наблюдениях на фоне сохранявшегося на протяжении многих лет приподнятого настроения уже в зрелом возрасте развивалось очерченное аффективное заболевание. Группу составили пациенты психиатрического стационара, проходившие лечение по поводу возникших в возрасте 30-40 лет заболеваний: циклотимии (2 набл.), биполярного аффективного расстройства (БАР 2 типа) (3 набл.).

**Обсуждение.** Полученные данные подтверждают типологическую неоднородность гипертимного РЛ: судя по всему, варианты этой аномалии характера различаются как по клиническим проявлениям, так и – что важно – по своему долгосрочному прогнозу (возможность развития аффективной патологии эндогенного круга). По-видимому, предлагаемые разными авторами [Akiskal H., Mallya G., 1987; Doran C., 2008] определения гипертимии объединяют черты двух различных типов гипертимии – устойчивой к любым изменениям фона настроения и склонной к развитию аффективной патологии.

В то время как первая группа – «уравновешенные» гипертимы – на протяжении всей жизни сохраняли стабильно приподнятый фон настроения и были устойчивы к жизненным потрясениям; пациентам, отнесенным ко второй группе, уже с подросткового возраста была свойственна нестабильность настроения, которая со временем перерастала в очерченную аффективную патологию биполярного спектра.<sup>1</sup>

Клиническая интерпретация динамики группы гипертимий с нестабильным аффектом остаётся предметом дискуссии. Согласно доминирующим в настоящее время воззрениям, свойственные больным второй группы нестабильность настроения, стёртые субдепрессивные и гипоманиакальные фазы, отмечающиеся у них уже с подросткового возраста, можно расценивать как проявления психопатологического (аффективного) диатеза [Смулевич А.Б., 2007]. С другой стороны, ведущие зарубежные исследователи аффективной патологии H.S. Akiskal et al. (1983) высказывают предположение, что подобные особенности характера по сути являются признаками текущего с юности субсиндромального аффективного расстройства.

---

*1 У всех обследованных аффективная патология принадлежала к биполярному спектру. Нами не было выявлено ни одного случая монополярной депрессии, развившейся на гипертимном фоне. Это согласуется с данными литературы, указывающими на различный преморбид больных моно- и биполярными аффективными расстройствами [Leonhard K. et al., 1962; Perris C., 1966; Metcalfe M., 1968].*

К сожалению, небольшой объём выборки пока не позволяет делать однозначных выводов, и проблема требует дальнейшего изучения. Тем не менее, судя по всему, полученные данные указывают на правомерность выделения в пределах гипертимного РЛ двух полярных типологических вариантов: гипертимии как стойкой характерологической структуры и гипертимии как психопатологического (аффективного) диатеза. Это имеет существенное клиническое значение, поскольку уточняет долгосрочный прогноз гипертимии и перспективы возможного развития аффективного заболевания. Таким образом, мы надеемся, что предложенная типология позволит дифференцировать подход к диагностике и прогнозу гипертимного РЛ.

### Литература:

1. Смулевич А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 208 с. : ил.
2. Akiskal H.S., Hirschfield R.M.A., Yerevanian B.I. *The Relationship of Personality to Affective Disorders: A Critical Review. Arch Gen Psychiatry – Vol 40, July 1983*
3. Akiskal H.S., Mallya G: *Criteria for the 'soft' bipolar spectrum: Treatment implications. Psychopharmacol Bull 1987, 23:68-73.*
4. Doran C.M. *The Hypomania Handbook: The Challenge of Elevated Mood, 2008*
5. Fritze F, Ehrh U., Brieger P. *Zum Konzept der Hyperthymie: Historische Entwicklung und aktuelle Aspekte. Fortschr Neurol Psychiatr 2002; 70: 117-125*
6. Kraepelin E. *Manisch-Depressives Irresein und Paranoia. 1921*
7. Kretschmer E. *Körperbau und Charakter. Berlin: Springer, 1921*
8. Leonhard K., Korff I., Schultz H.: *Die Temperamente in drei Familien der Monopolaren und Bipolaren Phasischen Psychosen. Psychiatr Neurol 1962; 143:416-434*
9. Metcalfe M. *The personality of depressive patients, в книге: Cjppen A., Walk A (eds): Recent Development in Affective Disorders. No. 2. 1968, pp. 97-104*
10. Perris C. *A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. Acta Psychiatr Scand 1966; 42(suppl):7-188*
11. Possl J., von Zerssen D. *A case history analysis of the "manic type" and the "melancholic type" of premorbid personality in affectively ill patients. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci. 1990; 23:347-355.*
12. Sass H., Steinmeyer E.M., Ebel H., Herpertz S. *Untersuchungen zur*

- Kategorisierung und Dimensionierung von Persönlichkeitsstörungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie. 1995; 24: 239-251*
13. Schneider K. *Die psychopathischen Persönlichkeiten. Leipzig und Wien, 1928*
14. Vazquez G.H., Kahn C., Schiavo C.E., Goldchluk A. et al. *Bipolar disorders and affective temperaments: a national family study testing the "endophenotype" and "subaffective" theses using the TEMPS-A Buenos Aires. J Affect Disord, May 1, 2008; 108(1-2): 25-32.*

**Ремизова Е.А.**

## **Повышение эффективности лечения аффективных расстройств у больных сахарным диабетом I типа**

*ГОУ ВПО ВГМА им.Бурденко, Воронеж*

Около 5% людей в мире страдают сахарным диабетом [3]. При этом часто имеет место сочетание депрессии с данной соматической патологией, что относится к числу факторов, усложняющих процесс диагностики и лечения таких пациентов [4]. Установлено, что среди больных сахарным диабетом часто имеются когнитивные нарушения легкой степени выраженности, а также эмоциональные нарушения – тревожные и депрессивные расстройства. Авторы утверждают, что длительность заболевания сахарным диабетом, наличие специфических осложнений являются значимыми факторами риска развития тревожно-депрессивных расстройств у данной категории больных. [2]. Также у больных сахарным диабетом имеются признаки алекситимии, что по мнению исследователей, обуславливает более высокий уровень невротизации этих пациентов [1]. В доступной литературе также имеются данные о существовании положительной корреляционной связи между инсулинорезистентностью и депрессией [3].

**Цель данного исследования** – повышение эффективности терапии больных сахарным диабетом 1 типа на основе применения Сертралина в дозе 50 мг.

Для достижения поставленной цели в условиях свободной выборки в отделении эндокринологии Воронежской областной клинической больницы были обследованы пациенты (n=52, 28 женщин и 24 мужчины) в возрасте от 18 до 32 лет (средний возраст  $22,44 \pm 2,12$ ) с диагнозом «сахар-

ный диабет 1 типа». В работе применялись клиничко-психопатологический и психометрический методы исследования. Были использованы шкалы Гамильтона для оценки тревоги и депрессии.

Больные были разделены на 2 группы. Пациенты группы контроля (n=25) продолжали назначенное им ранее лечение, пациенты основной группы (n=27) дополнительно принимали сертралин в дозе 50 мг сут. Обследование больных проводилось при поступлении и через 2 недели после начала лечения. Далее в таблицах представлены данные по динамике тревожно-депрессивных проявлений в исследуемых группах больных.

**Таблица 1**

**Динамика показателей выраженности депрессии  
у пациентов контрольной группы**

HDRS	Д0	Д15
Депрессивное настроение	2,13±0,21	2,55±0,21
Чувство вины	2,34±0,16	2,32±0,17
Суицид. намерения	0,28±0,13	0,30±0,13
Ранняя бессонница	2,30±0,20	3,02±1,29
Средняя бессонница	2,06±0,21	2,15±0,22
Поздняя бессонница	1,32±0,13	1,47±0,14
Работоспособность и активность	2,06±0,23	2,26±0,22
Заторможенность	0,96±0,18	0,85±0,19
Ажитация	1,81±0,11	1,89±0,11
Психическая тревога	1,94±0,20	2,06±0,20
Соматическая тревога	1,47±0,16	1,64±0,19
Желудочно-кишечные симптомы	1,21±0,24	1,34±0,25
Общие соматические симптомы	1,28±0,26	1,32±0,26
Генитальные симптомы	1,19±0,27	1,28±0,27
Ипохондрия	1,26±0,24	1,13±0,25
Потеря в весе	1,38±0,20	1,21±0,25
Критичность отношения к болезни	1,49±0,16	1,34±0,20
Общий балл	26,47±0,77	28,13±1,50

Как видно из представленных в табл. 1 данных, статистически значимых различий между выраженностью проявлений депрессии на Д0 и на Д15 не было выявлено.

Таблица 2

**Динамика показателей выраженности депрессии  
у пациентов основной группы**

HDRS	Д0	Д15
Депрессивное настроение	2,13±0,21	1,74±0,39*
Чувство вины	2,34±0,16	1,83±0,31*
Суицид. намерения	0,28±0,13	0,19±0,11
Ранняя бессонница	2,30±0,20	2,40±1,35
Средняя бессонница	2,06±0,21	1,47±0,34*
Поздняя бессонница	1,32±0,13	0,83±0,21
Работоспособность и активность	2,06±0,23	1,60±0,31*
Заторможенность	0,96±0,18	0,62±0,19
Ажитация	1,81±0,11	0,91±0,27*
Психическая тревога	1,94±0,20	1,06±0,29*
Соматическая тревога	1,47±0,16	0,87±0,24*
Желудочно-кишечные симптомы	1,21±0,24	0,96±0,29*
Общие соматические симптомы	1,28±0,26	1,04±0,29
Генитальные симптомы	1,19±0,27	0,98±0,28*
Ипохондрия	1,26±0,24	1,06±0,26
Потеря в весе	1,38±0,20	1,13±0,26
Критичность отношения к болезни	1,49±0,16	1,13±0,23
Общий балл	26,47±0,77	19,83±3,00*

\* –  $p < 0,05$ 

Таблица 3

**Динамика показателей выраженности тревоги  
у пациентов контрольной группы**

HARS	Д0	Д15
Тревожное настроение	1,79±0,29	2,23±0,33*
Напряжение	2,09±0,28	2,11±0,35
Страхи	1,30±0,21	1,85±0,30
Инсомния	2,26±0,21	2,15±0,33
Интеллектуальные нарушения	2,23±0,24	2,30±0,25
Депрессивное настроение	2,15±0,30	1,91±0,36

Соматические симптомы (мышечные)	1,43±0,27	1,64±0,30
Соматические симптомы (сенсорные)	1,38±0,31	1,49±0,31
Сердечно-сосудистые симптомы	2,13±0,28	1,87±0,36
Респираторные симптомы	2,15±0,29	1,97±0,36
Гастро-интестинальные симптомы	1,09±0,23	1,40±0,31
Мочеполовые симптомы	1,13±0,30	1,21±0,34
Вегетативные симптомы	1,34±0,25	1,19±0,28
Поведение при осмотре	0,83±0,14	0,85±0,21
Общий балл	23,28±1,57	23,77±1,94

Таблица 4

**Динамика показателей выраженности тревоги  
у пациентов основной группы**

<b>HARS</b>	<b>Д0</b>	<b>Д15</b>
Тревожное настроение	1,79±0,29	0,85±0,31*
Напряжение	2,09±0,28	0,83±0,29*
Страхи	1,30±0,21	1,04±0,25
Инсомния	2,26±0,21	1,15±0,35*
Интеллектуальные нарушения	2,23±0,24	1,87±0,31*
Депрессивное настроение	2,15±0,30	1,40±0,38*
Соматические симптомы (мышечные)	1,43±0,27	1,23±0,28
Соматические симптомы (сенсорные)	1,38±0,31	1,17±0,30
Сердечно-сосудистые симптомы	2,13±0,28	1,47±0,36*
Респираторные симптомы	2,15±0,29	1,19±0,35*
Гастро-интестинальные симптомы	1,09±0,23	0,79±0,18*
Мочеполовые симптомы	1,13±0,30	0,89±0,29*
Вегетативные симптомы	1,34±0,25	1,06±0,25
Поведение при осмотре	0,83±0,14	0,72±0,14
Общий балл	23,28±1,57	15,68±1,35*

Как видно из представленных в табл.2 данных, достоверные отличия от Д0 были обнаружены по следующим симптомам депрессии: общий балл, генитальные симптомы, депрессивное настроение, чувство вины, средняя бессонница, работоспособность и активность, ажитация, психическая тревога, соматическая тревога, желудочно-кишечные симптомы.

Как видно из представленных в табл. 3 данных, на Д15 достоверно увеличилась выраженность симптома «тревожное настроение».

Таким образом, при применении сертралина в терапии тревожно-депрессивных проявлений у пациентов, страдающих сахарным диабетом 1 типа, имеется статистически значимое снижение выраженности психопатологической симптоматики, что указывает на эффективность препарата в терапии данной категории пациентов.

### Литература

1. Найдюк Я.В., Будневский А.В. Анализ клинико-психологических особенностей больных сахарным диабетом типа 2 Системный анализ и управление в биомедицинских системах 2006 т.5 №4 672-675
2. Петрова М.М., Прокопенко С.В., Пронина Е.А. Когнитивные и эмоциональные нарушения у пациентов с сахарным диабетом 2 типа Сибирское медицинское обозрение 2008 т.52 № 4 с 83-85
3. Adriaanse M.C., Dekker J.M., Nijpels., Heine R.J., Snoek F.J., Pouwer F. Depressive symptoms and insulin resistance DIABETOLOGIA 2006. 49, № 12. С. 2874-2877
4. Costello C.G., Scott C.B. Primary and secondary depression: A review. Can J Psychiatry. 1991;36:210-217

Савина М.А.

### Клиника постинсультной апатии

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

Апатия является достаточно частым осложнением инсульта. По данным некоторых авторов ее частота достигает 27% [Angelelli et al., 2004]. Несмотря на то, что публикации посвященные апатии немногочисленны, она признается важным нейропсихиатрическим синдромом, что связано с ее воздействием на эффективность реабилитации, социальную активность больного, влиянием на возвращение к трудовой активности [Robinson, 2006].

В нейропсихиатрии под апатией понимают снижение мотивации к деятельности. В настоящее время апатия считается четко очерченным син-



дромом, включающим поведенческий, когнитивный и эмоциональный аспекты [Starkstein, 2000].

Несмотря на актуальность изучения данного расстройства, многие аспекты его клиники остаются неразрешенными.

В нашем исследовании мы поставили **целью** изучить клиническую типологию постинсультных апатических состояний, их течение, а также их соотношение с другими расстройствами.

**Материалы и методы.** Работа проводилась на кафедре фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии (зав. – член-корр. РАМН В.И.Скворцова) ГОУ ВПО “Российский государственный медицинский университет” на базе нейрореанимационного и неврологического отделений ГКБ №31. В соответствии с критериями исключения (угрожающая жизни соматическая патология, смерть в остром периоде инсульта, невозможность связаться с родственниками у больных с тяжелой афазией) было отобрано 208 больных (когорта состояла из 56% мужчин и 44% женщин; средний возраст больных составил  $65,5 \pm 11,7$  лет). У 197 пациентов (95% от общего числа больных когорты) инсульт был ишемическим, у 11 (5%) – геморрагическим.

Работа построена по принципу проспективного наблюдения. Обследование и оценку психического состояния больных проводили с использованием клинического и клинико-катамнестического метода. Синдромологическая диагностика расстройств проводилась в соответствии с критериями DSM-IV.

Регистрацию неврологического и психического статуса осуществляли одни и те же исследователи (невролог и психиатр) в стандартные дни: в первые, седьмые сутки, через 2 недели, 1 месяц, 3 и 6 месяцев после инсульта. Всем больным в первые сутки инсульта проводили компьютерное (КТ) обследование. Инсульт был подтвержден на КТ у 81% больных изученной когорты.

**Результаты.** Частота субъективно или объективно отмечаемой апатии составила 26% (54 больных). При анализе клинической картины апатии нам удалось выявить две ее разновидности:

1) Органический апатический симптомокомплекс (25 больных) был связан с когнитивным снижением и соответствовал критериям Starkstein (2000) и включал в себя поведенческий (снижение активности и беспомощность), когнитивный (снижение интереса к своему положению и к но-

вой информации) и эмоциональный (уплощение аффекта и отсутствие реактивности на эмоциональные стимулы) компоненты. Как правило, такие больные были заторможенными, безынициативными, залеживались в постели, не скучая в отсутствии занятий, не занятые планами или переживаниями о будущем и настоящем (больные сообщали, что голова пуста от мыслей). Иногда отмечались сложности в самообслуживании, больные самостоятельно совершали лишь простейшие действия по уходу за собой, для осуществления полноценного ухода требовалось участие родственников. Больные равнодушно относились к текущей ситуации, не вступали самостоятельно в беседу с врачами, родственниками, соседями по палате. При побуждении к беседе их ответы были формальными, как правило, односложными и стереотипными. Когнитивные задания больные выполняли после пауз, при неоднократном побуждении врача к их выполнению. Мимика больных была невыразительной, они не оживлялись в забавные моменты разговора, не опечаливались при упоминании неприятных аспектов ситуации. Как правило, больные выглядели бледными, окраска кожных покровов не менялась в ходе беседы. Взгляд обычно не отличался осмысленным выражением. Во время разговора он был устремлен в пустоту или без цели бродил по пространству, не фиксируясь на лице беседующего врача. Чаще всего критическое отношение к апатическим расстройствам отсутствовало. В некоторых случаях органическая апатия сопровождалась снижением критичности мышления, грубыми негативистическими реакциями при попытках активизировать больного. Больные раздражались, бранились и совершали агрессивные действия.

2) Депрессивная апатия (29 больных), которая сопровождалась болезненным отсутствием ощущения желания активности или желанием ее избежать. Такие больные зачастую упрекали себя в невозможности активизироваться, испытывали чувство неполноценности, обеспокоены наличием апатии. Как правило, они продолжали общаться с родственниками и соседями по палате, у них никогда не отмечалось проблем с самообслуживанием. Больные отличались грустным выражением лица. Как правило, мимические и вегетативные реакции на негативные стимулы оставались сохранными: больные грустнели при затрагивании неприятных аспектов ситуации. Однако отмечалась слабость эмоционального реагирования на позитивные стимулы: больные мало оживлялись в беседе. Как правило, такие больные заинтересованно вели беседу, расспрашивали о рекомендациях и о прогнозе своего заболевания. Мысленная сфера отличалась прикованностью внимания больных к трагическим моментам текущей ситуа-

ции и к ближайшему и отделенному будущему. Часто у пациентов с депрессивной апатией отмечались избегающие стратегии поведения. Нередко отмечалось продуманное целенаправленное поведение при попытках избежать нежелательной активности. Иногда отмечался извращенный суточный ритм. Этот тип апатии встречался почти исключительно при депрессиях.

При анализе времени возникновения апатических расстройств было выявлено, что органическая апатия чаще всего манифестирует в остром (в 48% случаев) и начале раннего восстановительного периода (44%), реже – спустя 3 месяца после инсульта (4%) и до инсульта (4%). Депрессивная апатия часто возникала еще до инсульта (28% случаев), вторым пиком возникновения являлось начало раннего восстановительного периода (34%), реже они возникали спустя 3 месяца после инсульта (28%) и в остром периоде (10%).

В большинстве случаев течение апатических расстройств было затяжным (расстройства сохранялись в конечной точке наблюдения). У 2 пациентов с депрессивной апатией расстройство представляло собой единственный эпизод длительностью 2 – 3 месяца. Как правило, интенсивность апатических расстройств была постоянной. У 3 больных с органической апатией наблюдалось прогрессивное течение, причем интенсивность апатических расстройств нарастала с присоединением депрессии.

**Обсуждение.** Выявленная нами частота апатических расстройств (26%) соответствует данным литературы [Angelelli et al., 2004]. Обнаруженные нами расстройства были гетерогенными: нам удалось выявить органическую апатию и апатию депрессивную. Органический симптомокомплекс апатии включал поведенческий, эмоциональный и когнитивный аспекты снижения целенаправленного поведения и описывался рядом авторов [Starkstein, 2000, Marin, 1991]. Этот синдром наблюдался в 12% случаев, что схоже с данными, приводимыми другими исследователями (11% – Starkstein et al., 1993). Органическая форма апатии часто встречалась у больных с постинсультными деменциями, что соответствует данным литературы [Marin, 1991]. В некоторых случаях апатический симптомокомплекс сочетался с негативизмом.

Второй выделенный нами тип апатии отличался критическим отношением, ощущение нежелания активности воспринималось как болезненное. Этот вид апатии часто сочетался с депрессиями, поэтому может считаться вариантом депрессивной симптоматики.

### **Выводы:**

1. В исследовании обнаружена высокая частота синдрома апатии, сопоставимая с данными литературы.
2. Выявлена гетерогенность апатического синдрома: определены две его разновидности – депрессивная и органическая.
3. Апатические расстройства имеют склонность к затяжному течению.

### **Литература:**

1. Angelelli P., Paolucci S., Binova Y. et al. *Development of neuropsychiatric symptoms in poststroke patients: a cross-sectional study. Acta Psychiatr Scand*, 2004, 110, 1, 55- 63.
2. Marin R.S. *Apathy as neuropsychiatric syndrome. J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 1991, 3, 243-54.
3. Robinson R.G. *The clinical neuropsychiatry of stroke. Cognitive, Behavioral and Emotional Disorders following Vascular Brain Injury. Second edition. Cambridge University Press.*, 2006. p. 392- 402.
4. Starkstein S.E. *Apathy and withdrawal Int. Psychogeriatr* 2000, 12 (Suppl 1), 135-8.
5. Starkstein S.E., Fedoroff J.P., Price T.R., Leiguarda R., Robinson R.G., *Apathy following cerebrovascular lesions. Stroke*, 1993, 24, 1625-30.

Сорокин С.А.

## **К вопросу о клинике и типологии эндогенных апатических депрессий**

*Научный центр психического здоровья РАМН, Москва*

Проблема депрессий является одной из ведущих не только для современной психиатрии, но и для медицины в целом. Их распространенность по данным разных авторов составляет от 3,9 до 10% среди населения [Paykel E.S., Brugha T., Fryers T., 2006; Смулевич А.Б., 2006], что и определяет ее социальное и экономическое бремя. При этом, значительную их долю составляют стертые, атипичные формы, в число которых входят апатические депрессии, для которых характерно снижение уровня побуждений и всех видов психической активности [Тиганов А.С., 1997]. Несмотря на большое количество работ, посвященных изучению аффективных на-

рушений [Starkstein S., Leentjens A., 2008; van Reekum R., Stuss D., Ostrander L., 2005; Kiang M., Christensen B.K. Remington G. et al, 2003], детальное описание синдрома апатии отсутствует. Отмечаются разночтения в определении самой апатии, ее феноменологических границ, не описаны ее психопатологические особенности при различных нозологиях. Не существует единого мнения о синдромальной принадлежности апатии. Так, не решен вопрос, является ли наличие собственно апатических расстройств признаком процессуальных эндогенных заболеваний, свидетельствующим о наличии негативных изменений личности, или они должны рассматриваться исключительно в рамках аффективной патологии, в качестве одной из разновидностей варианта простых депрессий. Значительной проблемой для психиатров является и выбор терапевтической тактики апатических депрессий. Так, эти состояния, несмотря на небольшую глубину, плохо поддаются лечению: применяемые антидепрессанты нередко вызывают отчетливое улучшение, но полностью оборвать депрессивное состояние не удастся [Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н., 1988]. Все это обуславливает важность изучения апатических депрессий и определяет актуальность данного исследования.

**Целью** настоящего исследования является уточнение психопатологической структуры и разработка типологии эндогенных апатических депрессий.

**Материалы и методы исследования:** Было обследовано 45 пациентов (23 мужчины, 22 женщины) с апатическими депрессиями в рамках эндогенных заболеваний (16 больных с заболеваниями аффективного круга, 29 больных с приступообразно-прогредиентной шизофренией). Возраст пациентов к моменту обследования варьировал от 18 до 65 лет (средний возраст  $38 \pm 9,8$  лет), манифестация психического заболевания отмечалась в возрасте 16 – 45 лет (средний возраст  $28 \pm 10,4$  года). Давность заболевания у изученных больных составила от 8 месяцев до 32 лет (средняя длительность –  $14 \pm 6,2$  года). У 22 пациентов случаи апатических депрессий исследовались также катamnестически (длительность катamnеза составила от 1 до 21 года). Основными методами исследования являлись клинко-психопатологический и клинко-катamnестический.

**Результаты исследования:** в ходе исследования были выявлены общие психопатологические особенности, присущие апатическим депрессиям. В большинстве случаев речь шла о состояниях с признаками диссоциации

депрессивной триады – тяжелая апатия, как правило, сочетались с нерезко выраженной двигательной заторможенностью или ее отсутствием. Также для этих состояний характерны отсутствие чувства тоски, тревоги, отчаяния, безысходности, чаще можно говорить о трудно определяемым большими чувства подавленности. Характерной особенностью психопатологической картины апатических депрессий являлось чувство вины (чаще всего его фабулой становилась именно апатия), а также идеи малоценности той или иной степени выраженности. Наблюдались соматические расстройства, проявляющиеся нарушением сна, снижением аппетита, часто наблюдалась потеря массы тела, нарушения менструального цикла, утрата либидо. В большинстве случаев наблюдалось формирование особого депрессивного мировоззрения – больные считали, что из-за появления безразличия они утратили смысл жизни, стимул к самосовершенствованию. Пациенты становились равнодушными к своей судьбе, переставали строить планы на будущее, проецировали апатию на всю последующую жизнь.

Предварительное типологическое разделение, выполненное в ходе исследования, основано на том, что синдром апатии является неоднородным, в зависимости от типа депрессии можно было говорить о преобладании того или компонента в структуре собственно апатических расстройств. В соответствии с этим было выделено три типологические разновидности эндогенных апатических депрессий:

1. С превалированием снижения интересов.
2. С превалированием снижения инициативы.
3. С превалированием волевого снижения.

1. Депрессии с преобладанием снижения интересов (22 б-х – 48,9% наблюдений). Центральным психопатологическим феноменом в картине депрессии выступает апатия, которая в этих случаях характеризуется как безразличие к окружающему, снижение или потеря интересов (в зависимости от глубины депрессии), неспособность получить удовольствие от прежних увлечений. Эти случаи могут быть расценены как ядерный вариант апатического синдрома. Апатия в этих наблюдениях отличается довольно простой структурой, она не имеет оттенка «безволия», неспособности что-либо делать, речь идет о нежелании выполнять ту или деятельность вследствие потери к ней интереса и неспособности получить удовольствие, иными словами нарушается мотивационный компонент деятельности. Резкое падение социальной активности совпадает с углублением депрессии, утяжелением апатии, когда пациенты теряли интерес

к происходящим вокруг событиям. Попытки борьбы с апатией, которые, как правило, происходили по настоянию окружения больных, приводили к тому, что больные стремились выполнять тот иной вид деятельности, однако трудились по инерции, «как роботы», одновременно отрицая наличие физических затруднений. Описанные особенности приближают апатический синдром к таким нарушениям, как психическая анестезия, ангедония, и позволяют определить апатию как расстройство аффективного спектра. Апатия в этих случаях подчиняется суточному ритму колебаний настроения и часто становится фабулой идеи самообвинения. Депрессии, развивающиеся в рамках этой типологической разновидности, по психопатологической структуре были апатическими с наличием анестетических расстройств, тревоги, значительно реже наблюдался простой вариант апатической депрессии. Расстройства тревожного спектра (как правило, опасения относительно будущего, значительно реже – генерализованная тревога) либо сопровождали апатические нарушения с самого начала состояния, либо присоединялись на поздних этапах депрессии, анестетические включения проявлялись как ощущение утраты чувств, положительных и отрицательных эмоций, больные говорили, что стали «бездушными, черствыми» и тп.

2. Депрессии с преобладанием снижения инициативы (5 б-х – 11,1% наблюдений). Апатические проявления, наблюдавшиеся в рамках этой разновидности, наряду с общим для всех апатических депрессий феноменом безразличия и потери интересов, не достигавшему уровня полного равнодушия ко всему окружающему (больными констатируется лишь снижение интересов) отличались крайней пассивностью, которая ощущалась больными как неприятный, мучительный, болезненный симптом. Вместе с тем у них отмечалось значительное снижение инициативы, что определяло их пассивный образ жизни. Все попытки больных самостоятельно занять себя не приводили к улучшению состояния, так как им трудно было найти деятельность, от которой они получали удовольствие, все казалось однообразным и неинтересным. Кратковременные улучшения состояния наблюдались лишь при постороннем побуждении, когда окружающие пытались вовлечь пациентов в те виды деятельности, которые составляли сферу их интересов до болезни. В такие периоды выраженность депрессивных жалоб уменьшалась, пациенты проводили время в компании друзей, однако по их миновании прежние жалобы возвращались в полном объеме. Как правило, в этих случаях речь шла о простых апатических депрессиях.

3. Депрессии с преобладанием волевого снижения (18 б-х – 40% наблюдений). Отличительной особенностью апатии, описанной в рамках депрессий этой разновидности, является преобладание в ее структуре потери стимула к деятельности, здесь доминирует снижение уровня побуждений, или, при значительной глубине состояния, их полное отсутствие. Безразличие в этих случаях также не достигает тотальной степени выраженности, здесь скорее можно говорить о снижении интересов. В то же время выполнение любой деятельности являлось крайне затруднительным, что обусловлено дефицитом побуждений к ее выполнению. В отличие от двух предыдущих разновидностей, в этом случае неспособность к активности проявляется наиболее ярко, что проявляется в невозможности привлечь этих пациентов к какой-либо активности, даже при побуждении со стороны окружающих. Как правило, эти больные самостоятельно ограничивают круг своей активности, находясь в отделении, отказываются от проведения дополнительных методов обследования, посещения физиотерапевтических процедур, возможности предоставления свободного выхода и домашних отпусков. Характерен своеобразный оттенок жалоб этих пациентов. Здесь речь идет не о нежелании выполнения той или иной деятельности, доминирует именно неспособность, субъективно ощущаемая больными и часто воспринимаемая как наиболее мучительное расстройство. По психопатологической структуре депрессии в рамках этой разновидности были апато-адинамическими и простыми апатическими.

В процессе проведенного исследования была установлена различная встречаемость выделенных типологических разновидностей апатических депрессий при эндогенных заболеваниях аффективного круга и при приступообразно-прогредиентной шизофрении. Было установлено, что при эндогенных аффективных заболеваниях (16 наблюдений), в большинстве изученных случаев психопатологическая картина депрессии определялась как вариант с преобладанием снижения интересов (75,0% наблюдений).

Апатические депрессии в рамках шизофрении представляли собой самостоятельные приступы (или фазы), являлись частью динамики приступа, присутствуя на его определенных этапах или выступали в качестве так называемых постприступных депрессий. Для постприступных депрессий (6 наблюдений), был более характерен вариант с преобладанием снижения интересов (66,7% случаев). Для приступов, на всем своем протяжении определяющимися апатической депрессией (11 наблюдений), а также для более сложных психотических приступов, часть динамики которых со-



ставляли апатические депрессии (12 наблюдений) были более характерны депрессии с преобладанием волевого снижения (72,7 и 58,3% случаев соответственно), реже можно было говорить о депрессиях с преобладанием снижения инициативы.

**Выводы:** Проведенное исследование выявило клиническую неоднородность эндогенных депрессий с доминированием в клинической картине апатических расстройств, при этом отличия касаются не только их психопатологической структуры, но и особенностей динамики. Было установлено, что выделенные три типологические разновидности эндогенных апатических депрессий (с превалированием снижения интересов, с превалированием инициативного снижения, с превалированием волевого снижения) имеет разную встречаемость при эндогенных аффективных заболеваниях и при шизофрении. Так, психопатологическая структура депрессий в рамках заболеваний аффективного круга, а также приступов шизофрении, характеризующихся на всем протяжении апатической депрессией, и постприступных депрессий, чаще соответствовала первому описанному типу. Для приступов шизофрении, определенный этап которых составляло апатическое состояние, чаще были характерны вторая и третья типологические разновидности. Сделано предположение, что своеобразии апатической депрессии, описанной в рамках приступов шизофрении, обусловлено наличием имеющихся негативных изменений личности, которые накладывают свой отпечаток не только на особенности апатических расстройств, но и определяют своеобразии психопатологической картины состояния в целом, а также его динамику.

*Уварова-Тё Т.Н.*

## **Особенности клиники аффективных расстройств у подростков, употребляющих ПАВ**

*Кемеровская Государственная Медицинская Академия,  
ГУЗ “Кемеровский областной клинический наркологический диспансер”*

На всех этапах наркомании у подростков наблюдались аффективные нарушения. Колущинская Е.П., Четвериков Д.В. (2003) относят к основным факторам аддиктивного поведения, определяющим клинику и дина-

мику наркопатологических расстройств: (состояние опьянения, психическую и физическую зависимость, абстиненцию, постабстинентные состояния и последствия хронической наркотизации), что приводит к аффективным нарушениям. Аффективные расстройства (АР) являются основным интегрирующим звеном психобиологической зависимости, состоящей из трех компонентов – идеаторного, аффективного и соматического [Гофман А.Г., 2003].

В связи с этим, изучение аффективных расстройств у подростков, употребляющих ПАВ, является одной из центральных задач как в теоретических исследованиях аддиктивного поведения, так и в работе практикующего психиатра-нарколога.

С целью исследования особенностей АР были обследованы 100 подростков в возрасте от 16 до 18 лет. Из них 44 подростка с диагнозом: синдром зависимости от опиоидов (группа «А») и 56 подростков с диагнозом: синдром зависимости от алкоголя (группа «В»). Все обследуемые состоят на динамическом учете в детско-подростковом кабинете психологической и наркологической помощи ГУЗ” Кемеровский областной клинический наркологический диспансер”.

Анализ характерологических качеств подростков, употребляющих опиоиды, показал, что 35 (80%) из них являются аффективно нестабильными личностями с акцентуацией характера по психастеническому типу. В преморбидном периоде у 41 (73%) подростков, систематически употребляющих алкоголь, в характере преобладали истеровозбудимые черты, отмечались неустойчивость, внушаемость, демонстративность, возбудимость. Склонность к подражанию действий взрослых, ложная боязнь показаться незрелым способствовали формированию этапа систематического употребления алкоголя.

В преморбиде пациентов выявлены аффективные расстройства различного характера и интенсивности. В 37 (84%) случаях аффективные расстройства у подростков группы «А» определялись как дистимические с негативизмом и агрессивным поведением; в 7 (16%) случаев – астенодепрессивные состояния с различными психосоматическими расстройствами, сопровождающимися чувством одиночества, оторванностью от сверстников, колебаниями настроения с преобладанием депрессивного компонента. У 38 (68%) подростков группы «В» аффективные расстройства проявлялись депрессивными состояниями с тревогой, страхами; в 18 (32%) случаях отмечались психопатоподобные расстройства с расторможенно-

стью, склонностью к алкогольным эксцессам, бестактностью, грубостью, нетерпимостью по отношению к близким. Непосредственное клинико-психопатологическое изучение АР у пациентов проводилось с первых проявлений абстинентного синдрома.

В группе «А» у подростков первичное патологическое влечение к ПАВ носило компульсивный характер и возникало на фоне тревожно-депрессивного или дисфорического аффекта; в группе «В» влечение появлялось в 45 (80%) случаев ситуационно и (или) спонтанно и у 11 (20%) подростков носило навязчивый характер. Чувство раздражительности, сочетающееся с беспричинной тревогой являлось важным фактором для актуализации влечения.

Состояние опьянения у подростков группы «А» было связано с чувством эйфории, ощущением блаженства и “безграничного счастья”, в группе «В» у 28 (50%) подростков – с озлобленностью, грубостью, конфликтностью, драчливостью, а в 28 (50%) случаях сопровождалось приятной расслабленностью, коммуникативностью, повышением фона настроения. В группе «В» рано появлялись амнестические эпизоды, напоминающие палимпсесты.

Через 6-8 часов после лишения опиоидов возникали напряженность, неусидчивость, тревога, раздражительность, которые сочетались с общим недомоганием, слабостью. Нередко эта симптоматика предшествовала развитию характерных соматовегетативных проявлений опийного абстинентного синдрома, в том числе алгических расстройств в 26 (60%) случаях. У 18(40%) больных она развивалась одновременно с появлением болей. В группе «В» появлялись признаки посталкогольной интоксикации сопровождающиеся тремором конечностей, тошнотой, рвотой, отсутствием аппетита, бессонницей, головокружением и головной болью, раздражительностью, тревогой, внутренним дискомфортом. Больные мало спали, сон был тревожным с частыми пробуждениями, иногда с кошмарными сновидениями. После сна отсутствовало чувство бодрости.

В остром периоде синдрома отмены аффективные нарушения в группе «А» были тесно связаны с его вегетативными и алгическими проявлениями, и характеризовались, в основном, дисфорической депрессией. Настроение было сниженным. На высоте абстиненции еще больше снижалось настроение, усиливалась раздражительность и склонность к дисфорическим реакциям. В 18 (40%) случаях пациенты предъявляли жалобы на постоянную тревогу, двигательное беспокойство, неусидчивость. У 8 (20%) пациентов наблюдалась апатия, безразличие к близким и окружаю-

щему, угрюмость. В 18 (40%) случаях предъявлялись жалобы на тоску, подавленность, окрашенную в тоскливо-злобные тона. Фон настроения, сопровождающийся пониженным настроением, раздражительностью, злобностью можно обозначить как депрессивно-дисфорический. В группе «В» подростков с чертами истероидности 39 (70%) в структуре личности состояние посталкогольной интоксикации выражалось снижением настроения с явлениями ажитации, демонстративности, зачастую не отражая тяжести сомато-вегетативных проявлений. Другие 17 (30%) пациентов предъявляли жалобы на апатию в сочетании с безразличием к окружающему и близким.

В постабстинентном состоянии, на этапе “неустойчивого гомеостаза” основными психопатологическими нарушениями остаются расстройства аффективной сферы. В группе «А» у 28 (63%) больных был депрессивный фон настроения с элементами заторможенности, неверием в свои силы, апатией, перемежающиеся дисфориями. Отмечалось обострение компульсивного влечения к наркотику. Дисфорический компонент сопровождался озлобленностью, агрессией. У 34(61%) подростков группы «В» на фоне депрессии отмечались астено-апатические нарушения. Больные были истощены, предъявляли жалобы ипохондрического характера. Обнаруживались истощаемость внимания, утомляемость, сенситивность. 8 (14%) больных жаловались на чувство опустошенности, безразличия к близким и окружающему. На этом фоне нарушался сон, появлялось чувство раздражительной слабости, возникало влечение к спиртному. Все психопатологические расстройства держались в рамках астенического синдрома, отмечались нарушения эмоционально-волевой сферы. У 22 (40%) пациентов наблюдался приподнятый фон настроения с элементами истероидности. Периоды повышенного настроения сопровождалось периодически возникающими приступами дисфории, что можно расценивать как обострение компульсивного влечения к спиртному.

Таким образом, было выявлено, что среди подростков, употребляющих опиоиды, встречаются аффективно нестабильные личности с акцентуацией характера по психастеническому типу. У лиц, злоупотребляющих алкоголем, преобладали истеровозбудимые черты.

У подростков группы «А» аффективные нарушения наблюдались в виде дистимических расстройств; в группе «В» депрессивные состояния с тревожным компонентом, в некоторых случаях, так же проявлялись психопатоподобные расстройства с расторможенностью и грубостью.

У пациентов, употребляющих опиоиды, в остром периоде синдрома от-

мены аффективные нарушения были тесно связаны с вегетативными и алгическими проявлениями и характеризовались, в основном, дисфорической депрессией, сопровождающейся тревогой, двигательным беспокойством, неусидчивостью. У подростков группы «В» в состоянии посталкогольной интоксикации наблюдалось выраженное депрессивное расстройство с явлениями ажитации, демонстративности, которые не соответствовали тяжести сомато-вегетативных проявлений.

В постабстинентном состоянии у подростков группы «А», наблюдался депрессивный фон настроения с дисфорическим компонентом в виде озлобленности, агрессии. У подростков, злоупотребляющих алкоголем, на фоне депрессии отмечались астенические нарушения, в которых преобладали истощаемость внимания, повышенная утомляемость. Периодически возникающие приступы дисфории можно расценить как обостренные компульсивного влечения к спиртному.

*Халезова Н.Б.*

## **Психосоматические соотношения у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией**

*СПбГМУ им.акад.И.П.Павлова, Санкт-Петербург*

Большинство больных психическими заболеваниями страдают сопутствующей соматической патологией. К настоящему времени установлено, что продолжительность жизни больных эндогенными психозами в среднем на 10 лет короче по сравнению с общей популяцией [Black D.W., 1998; Dembling B.P., Chen D.T., Vachon L., 1999; Harris E.C., Barrablough B., 1999]. Причин этого достаточно много, и на первом месте стоят коморбидные заболевания.

В настоящее время распространенность ВИЧ-инфекции и хронических вирусных гепатитов В, С достигла характера пандемии. К в 2007 году число людей, живущих с ВИЧ, составляло 33 миллиона человек, 2,7 миллиона человек заразились этим вирусом и 2 миллиона человек умерли от заболеваний, связанных с ВИЧ. [Доклад о глобальной эпидемии СПИДа, ЮНЕЙДС, август 2008 года].

На сегодняшний день многими исследователями [Lyketsos C.G., Hanson A.L. et al., 1994] достаточно подробно описаны психические рас-

стройства при ВИЧ-инфекции, включающие в себя практически весь спектр психопатологии, начиная от невротических реакций и заканчивая тяжелыми органическими поражениями головного мозга. Сам факт обнаружения ВИЧ приводит к выраженному психологическому стрессу с преобладанием на ранних этапах заболевания преимущественно психогенных расстройств как невротического, так и психотического уровня. Основным проявлением последней стадии ВИЧ-инфекции (стадия СПИДа) является поражение головного мозга с быстрым нарастанием деменции у 60-90% инфицированных [Lyketsos C. G., Hanson A. L. et al., 1994].

Приводятся данные о частоте встречаемости ВИЧ-инфекции среди психически больных от 3,1% до 23,9%, что, как минимум, в восемь раз выше, чем распространенность ВИЧ-инфекции по населению в целом [Rosenberg S.D. et al., 2001; Blank M.B., Mandell D.S., Aiken L., Hadley T.K., 2004; Cournos F., McKinnon K., 2009]. К сожалению, в настоящее время отсутствуют точные данные о распространенности ВИЧ-инфекции среди больных с диагнозом шизофрения, что является доказательством недостаточно внимательного отношения к проблеме ВИЧ-инфекции в современном обществе.

Существует несколько различных точек зрения на изменение клинической картины и течения шизофрении у больных с коморбидными соматическими заболеваниями. Известна корреляция по типу обратной пропорциональности между психическими и соматическими проявлениями (психосоматическая балансировка) в клинике ряда психических заболеваний [Eu Y., Bernard P., Brisset C., 1970]. С.Г Жислиным (1964) описаны измененные формы шизофрении. Кроме того, указывается высокая распространенность синдромов зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) у больных шизофренией. Приводятся противоречивые сведения об особенностях клинической картины шизофрении у больных с коморбидной ВИЧ-инфекцией.

Приведенные выше данные свидетельствуют о важности изучения распространенности ВИЧ-инфекции и необходимости выявления клинкопсихопатологических особенностей у больных с коморбидными шизофренией и ВИЧ-инфекцией. Полученные данные могут явиться основанием для разработки адекватной психофармакотерапии, а также определения направлений профилактики ВИЧ-инфицирования у этой группы больных.

**Задачи исследования:**

1. Установление особенностей клинической картины и течения шизофрении, социального функционирования, качества жизни у больных шизофренией с коморбидной ВИЧ-инфекцией по сравнению с больными шизофренией без сопутствующей ВИЧ-инфекции.
2. Определение особенностей аффективной сферы, социального функционирования, копинг-стратегий, внутренней картины болезни, качества жизни у больных шизофренией с коморбидной ВИЧ-инфекцией по сравнению с ВИЧ-инфицированными без установленного диагноза шизофрении.
3. Изучение динамики клинической картины шизофрении после ВИЧ-инфицирования.

**Материал и методы:** Была разработана подробная индивидуальная кодировочная карта обследования пациента, включающая: социально-демографические характеристики, лабораторные результаты иммунологического обследования, анамнестические сведения, данные клинического обследования, данные экспериментально-психологического обследования. Также проводилось изучение архивных историй болезни для оценки динамики состояния пациента. Психиатрический диагноз устанавливался по критериям МКБ-10. Применялись следующие методы обследования: 1. Анамнестический метод; 2. Клинико-психопатологический метод. Для объективизации клинической оценки состояния больных дополнительно применялись психометрические шкалы: а) Шкала оценки депрессии – HAMD-21 (Hamilton Depression Rating Scale, 1960), б) Шкала оценки тревоги – НАМА (Hamilton Anxiety Rating Scale, 1969), в) Шкала краткого исследования психического состояния – MMSE (Mini-Mental State Examination – M.F.Folstein, S.E.Folstein, P.R.Hugh, 1975) для оценки уровня когнитивного снижения; 3. Экспериментально-психологический метод, включающий методику копинг-стратегий Лазаруса Р. (WOCQ, 1984), методика психологической диагностики типов отношения к болезни («ТО-БОЛ») [Вассерман Л.И. и др., 1987], краткий общий опросник оценки статуса здоровья – SF-36 («The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey» Ware et al., 1992).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета статистических программ Statistica 8.0 (Statsoft Inc., США) с применением t-критерия Стьюдента для независимых выборок, U-критерия Манна-Уитни. Различия считались значимыми при  $p < 0,05$ .

Методом парных выборок было сформировано 3 группы больных: 1. Больные шизофренией и ВИЧ-инфекцией (основная группа) – 50 человек; 2. Больные с диагнозом шизофрения (контрольная группа №1) – 50 человек; 3. Больные с диагнозом ВИЧ-инфекция (контрольная группа №2) – 50 человек.

**Результаты:** Было исследовано 35 (76%) мужчин, 11 (24%) женщин основной группы, средний возраст составил  $28,4 \pm 6,3$  лет (от 17 до 48 лет). У 32 (64%) больных была диагностирована параноидная форма шизофрении (F20.0), у 18 (36%) – простая форма (F20.6). Тип течения был непрерывным у 32 (64%), приступообразно-прогредиентным у 15 (30%), рекуррентным у 3 (6%) больных. Давность постановки диагноза шизофрения составила в среднем  $6,7 \pm 4,9$  лет. Средняя длительность заболевания от момента постановки на учет в центр СПИДа к моменту обследования в среднем составила  $3,4 \pm 2,8$  лет (от 1 недели до 9 лет). Преобладающее большинство больных (46%) находились на 2В стадии ВИЧ-инфекции. Пол, возраст, тип течения шизофрении, основной психопатологический синдром в рамках шизофрении, стадии ВИЧ-инфекции больных обеих контрольных групп были сопоставимы.

При проведении анализа социально-демографических параметров больных шизофренией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией (основная группа) по сравнению с больными шизофренией без ВИЧ-инфекции (контрольная группа №1) обнаружилось, что уровень социальной адаптации у пациентов основной группы оказался ниже ( $p < 0,05$ ). Астеническая симптоматика у больных основной группы встречалась чаще, чем у больных контрольной группы №1. Существенных различий в силе и частоте тревожных и депрессивных переживаний не было выявлено ( $p < 0,05$ ). Больные шизофренией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией по сравнению с больными шизофренией без коморбидной ВИЧ-инфекции характеризовались более резко выраженными дисмнестическими нарушениями, а также большей эмоциональной неустойчивостью, аффективной возбудимостью, раздражительностью. У больных основной группы чаще ( $p < 0,05$ ) отмечался психопатоподобный тип дефекта, в то время как у больных контрольной группы №1 чаще ( $p < 0,05$ ) развивался эмоционально-волевой дефект. У больных основной группы чаще ( $p < 0,05$ ) наблюдался сенестопатический синдром. Средняя длительность госпитализации в психиатрическую больницу в связи с ухудшением психического состояния у больных основной группы оказалась достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем у больных кон-



трольной группы №1. Средняя длительность ремиссии у больных основной группы оказалась ниже ( $p < 0,05$ ) по сравнению с контрольной группой. В результате анализа качества жизни (SF-36) обнаружилось значительное снижение влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование у больных основной группы по сравнению с контрольной группой №1.

Уровень социальной адаптации больных шизофренией основной группы был значительно ниже, чем больных контрольной группы №2. Больные основной группы значительно реже ( $p < 0,05$ ) наблюдались в Центре СПИДа, отказывались от посещения врача-инфекциониста, регулярного контроля иммунного статуса, своевременной антиретровирусной терапии. У больных основной группы реже ( $p < 0,05$ ) отмечались проявления астенического синдрома, реже наблюдались тревожные и депрессивные расстройства. Результаты анализа копинг-стратегий показали, что больные основной группы были более пассивны в отношении ВИЧ-инфекции, склонны к отрицанию трудностей, связанных с необходимостью наблюдения у врача и терапии, стремились скрывать от окружающих свои переживания, а также значительно недооценивали тяжесть состояния ( $p < 0,05$ ). В результате анализа внутренней картины болезни обнаружилось, что у больных основной группы чаще ( $p < 0,05$ ) наблюдалась анозогнозия. Больные основной группы характеризовали свое качество жизни значительно выше ( $p < 0,05$ ), чем больные контрольной группы №2.

У больных шизофренией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией в результате ВИЧ-инфицирования постепенно видоизменялась клиническая картина психического расстройства: стали чаще ( $p < 0,05$ ) наблюдаться галлюцинаторно-бредовые расстройства, значительно уменьшилась ( $p < 0,05$ ) доля неврозоподобных и аффективных расстройств. Частота суицидных попыток сократилась ( $p < 0,05$ ). После ВИЧ-инфицирования стал чаще ( $p < 0,05$ ) наблюдаться сенестопатический синдром. Кроме того, после ВИЧ-инфицирования усилились ( $p < 0,05$ ) проявления психопатоподобного дефекта, более грубыми стали дефицитарные расстройства. Астеническая симптоматика усилилась ( $p < 0,05$ ) с присоединением реакций на мезофакторы. Больные хуже ( $p < 0,05$ ) переносили антипсихотическую терапию, у них чаще ( $p < 0,05$ ) наблюдались явления экстрапирамидных нейрореплетических расстройств. После ВИЧ-инфицирования больные медленнее выходили из психотического состояния, что приводило к увеличению средней длительности госпитализаций ( $p < 0,05$ ), сократилась длительность ремиссий после заражения ВИЧ ( $p < 0,05$ ).

**Заключение:** Таким образом, при воздействии на клиническую картину шизофрении инфекционного фактора в виде ВИЧ происходят качественные изменения, которые можно рассматривать как органические видоизменения. Полученная информация может быть использована в качестве прогностической оценки течения заболевания.

Отсутствие сознания болезни, асоциальный и антисоциальный характер поведения приводят к некомплаентности больных, что создает серьезные препятствия для организации помощи. Это заболевание в настоящее время достигает уровня эпидемии с крайне неблагоприятным прогнозом. Для улучшения эпидемиологической обстановки необходимо усиление информирования больных шизофренией о распространенности, клинической картине и терапии ВИЧ-инфекции. В работе с уже инфицированными важно регулярное проведение психокоррекционных мероприятий, включающих повышение уровня знаний пациентов о ВИЧ и антиретровирусной терапии, о лабораторной диагностике, медицинской помощи, наименее опасном поведении в отношении своего заболевания. Это является крайне необходимым для уменьшения распространения инфекционного процесса. Полученные результаты исследования свидетельствуют о крайней необходимости преодоления анозогнозии, уменьшения равнодушия к своему здоровью, появлению адекватной критики к состоянию и повышению комплаентности ВИЧ-инфицированных больных шизофренией. Вполне обоснованным представляется создание мультидисциплинарных бригад с участием врачей-психиатров, наркологов, клинических психологов, инфекционистов на всех этапах лечения больных шизофренией с коморбидной ВИЧ-инфекцией.

**Четверикова С. Н.**

## **Индекс в клинике психических расстройств**

*ГУЗ Рязанская областная клиническая психиатрическая больница  
им. Н.Н.Баженова*

В последние десятилетия об инцесте все более открыто говорят в обществе, проблема инцеста исследуется и в психиатрической практике [Потапова В.А. 2003]. Сложности изучения инцестного поведения сопряжены, прежде всего, с его латентностью [Ткаченко А.А. и соавт., 2001]. Семьи,

в которых наблюдается инцест, чаще всего живут изолированно от окружающих. В таких семьях роли, жесты и словесные выражения не подчиняются негласному кодексу. Никто не знает, кто есть кто, кто, чем занимается, как и к кому положено обращаться [Эритель Ф. и соавт. 2000].

По данным К.Имелинского (1986)<sup>1</sup> сексуальные проблемы у психических больных, как правило, играют вторичную роль, имеют симптоматический характер, проявляются на фоне более значительных синдромов. По мнению других исследователей [Эритель Ф. и соавт., 2000] больные, страдающие шизофренией с выраженными изменениями личности, не способны испытывать инцестуозного чувства и думать о нарушении закона, который для них не существует. Во многих государствах (в том числе и европейских) не устанавливается юридических запретов на кровосмешение [Имелинский К., 1986].

Инцест относят к истинным перверзиям, а именно, к перверзитетам [Fehlhaltung, 1997].

Выделяют инцест первого типа – сексуальные отношения между кровными родственниками и инцест второго типа – кровные родственники вступают в контакт через посредника (например, мать и дочь сожительствуют с одним мужчиной) [Эритель Ф. и соавт., 2000]. В связи с этим, на наш взгляд, представляет интерес случай инцеста в семье пациентки, страдающей параноидной шизофренией, наблюдавшийся в РОКПБ им. Н. Н. Баженова.

Больная П., 1962 г. рождения. Диагноз: Шизофрения, параноидная форма, эпизодическое течение с нарастающим дефектом, расстройство влечений. Настоящая госпитализация в РОКПБ 34 по счету. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Родилась в полной семье, старшей из 2 детей. Младшая сестра психически здорова, проживает с семьей отдельно. Роды физиологические, развивалась по возрасту. С 5 лет у больной в течение 2 лет отмечалось заикание, после того как девочка стала свидетелем жестокого обращения отца с матерью. В 1973 году (больной 11 лет) родители развелись. Воспитывалась матерью. Окончила среднюю школу, поступила в ветеринарный техникум. Психически заболела в 1983 году (21 год): после проводов в армию молодого человека пережила, что «его убьют», не спала ночами, испытывала зрительные и слуховые галлюцинации, громко кричала, плакала, подражала карканью ворон, считала, что «попала в ад». В том же году впервые госпитализирована в пси-

хиатрический стационар. Был проведен курс инсулинотерапии, состояние улучшилось, выписана с диагнозом: Шизофрения, кататано-параноидная форма. После лечения в психиатрической больнице окончила с отличием ветеринарный техникум, работала ветфельдшером в совхозе. В 1985 году вновь госпитализирована в РОКПБ в связи с неправильным поведением – ходила по селу с хирургическим ножом, стучала в окна соседних домов, обмазалась кровью убитого ею теленка, говорила, что ее «привлекает вид крови», «кровь красивая». Статус при госпитализации расценивался как кататано-параноидный. Был проведен курс инсулинотерапии, психотическая симптоматика купирована, выписана в состоянии ремиссии с сохранением трудоспособности. После выписки в 1985 году вышла замуж за жителя Молдавии, уехала жить к мужу. В 1986 году родила сына. Из родильного дома была выписана на 2 день после родов из-за отсутствия мест. Состояние после выписки сразу ухудшилось, испытывала слуховые галлюцинации императивного характера, не спала ночами, не смогла ухаживать за ребенком. Поступила на лечение в Кишиневскую психиатрическую больницу, откуда ее забрала мать. Сына больная с матерью фактически выкрали у мужа, но тот не искал встреч ни с больной, ни с сыном. Долечивалась в РОКПБ. После выписки работала по специальности. В связи с частыми обострениями (в период с 1986 по 1992гг. – 6 раз госпитализировалась в РОКПБ), установлена 2 группа инвалидности. В периоды между госпитализациями проживала с сыном в семье матери и отчима. По настоянию матери принимала лекарства, охотно помогала ей по хозяйству. В сексуальных связях больная была крайне неразборчива, сожительствовала с рабочими строителями, другими случайными знакомыми. В этот же период начала сожительствовать с отчимом. С 1996 года стала говорить матери о том, что им с сыном надо проживать отдельно и больная должна воспитывать его сама. Обострения заболевания в это время носили характер «клише»: нарушался сон, аппетит, испытывала страхи, слуховые обманы восприятия, проявляла агрессию к матери. При поступлении в больницу была тревожна, прислушивалась к чему-то, говорила о «страшных голосах». В отделении рассказывала, что «боролась за Бога с дьяволом», обвиняла соседку в том, что она «заодно с дьяволом». С 2006 года больная стала сожительствовать с 20-летним сыном. Мать больной подтверждала наличие сексуальных отношений между дочерью и внуком. Попытки матери урезонить дочь встречали угрозу и агрессию со стороны больной. Сын больной тяготился сложившейся ситуацией и с 2007 года старался реже бывать дома, проживал отдельно от семьи, высказывал мысли о том,

что он не знает «как теперь сложится его личная жизнь», «сможет ли построить свою семью», употреблял наркотические средства, общался с асоциальными компаниями. Продал все имущество, принадлежащее ему, «за долги». С 2009 года стал сожительствовать с женщиной, которая забеременела от него и в конце 2009 года родила ребенка. Психическое состояние больной в последние 2 года ухудшилось: отмечались длительные и частые госпитализации, за два года провела в стационаре 310 дней. При поступлении высказывала идеи колдовства, переживала за сына, была негативно настроена к сожительнице сына, боялась, что с ним что-нибудь случится. На фоне проводимого лечения (нейролептики, корректоры поведения, нормотимики, психообразование) состояние улучшалось, активно бредовых идей не высказывала, была формально критична к пережитому психотическому эпизоду, охотно привлекалась к труду, при этом отмечалось довольно негативное отношение к другим больным, называла их «грязнулями», неохотно шла с ними на контакт. После посещения больной родными отмечалось ухудшение состояния: появлялась тревога, говорила, что она «никому не отдаст сына, он будет жить только с ней», либо «они будут жить втроем с сыном и сожительницей», угрожала расправой сожительнице сына и его ребенку, высказывал идеи колдовства со стороны больных и сожительницы сына. Особенно болезненно реагировала на свидания с матерью и сестрой. На свиданиях с сыном была мила, дружелюбна, проявляла заботу о нем, спрашивала о его личной жизни. Сын больной избегал контакта с врачами, приходил на свидания в выходные дни, либо в вечернее время, в 2009 году зарегистрировал брак со своей сожительницей, трудоустроился. Из РОКПБ больная была выписана в феврале 2010 года. После выписки проживает дома с матерью, о месте жительства сына не знает, принимает поддерживающую терапию.

Данный клинический случай является примером инцестов первого (сексуальная связь с сыном) и второго типов (связь со вторым мужем матери) у больной с психическим заболеванием в форме шизофрении. На фоне разделения символической связи «мать-сын» в инцестной семье отмечается утяжеление симптоматики заболевания – в виде бредовых идей воздействия, колдовства, агрессивного поведения по отношению к матери, сестре, стойкого неприятия разрыва отношений с сыном и отвержения близких ему людей – сожительницы и ребенка сына.

Лечение лиц с парафилиями представляет сложную проблему в силу того, что в России долгое время попытки лечения таких больных прак-

тически отсутствовали [Ткаченко А.А., 1997]. В то же время инцест опасен тем, что переходящая из поколения в поколение склонность к нему, в конце концов, может привести к трагедии и насилию [Эритье Ф. и соавт., 2000]. Хочется верить, что сын больной сумеет образовать свою здоровую семью.

### **Литература:**

1. Аномальное сексуальное поведение (Под ред. А. А. Ткаченко,) М., 1997.
2. Имелинский К. Сексология и сексопатология. М., – «Медицина» 1986.
3. Потапова В.А. «Инцестуозность» в современной психоаналитической теории и практике (аналитический обзор) //Российский психиатрический журнал 2003.2 стр.16-21.
4. Ткаченко А.А., Дворянчиков Н.В., Ковальчук Ю.В. Механизмы инцестного поведения // Российский психиатрический журнал 2000.1. стр.6-13.
5. Эритье Ф., Цирюльник Б., Наури А., Ксантаку М., Вриньо Д. Инцест или кровосмешение. Перевод с франц. Попова Н., Попов И. М., – «Кстати» 2000.

### **Шафигулин М.Р.**

## **Астенические расстройства, ассоциированные с химиотерапией злокачественных новообразований (АХЗН)**

*Научный центр психического здоровья РАМН, Москва*

**Введение.** Астения относится к наиболее распространенным нейропсихиатрическим побочным эффектам химиотерапии. В соответствии с современными данными частота астении в онкологической практике расположена в интервале от 17% до 38% [Prue et al., 2006], при этом столь же высокие показатели распространенности астении могут сохраняться на протяжении нескольких лет после химиотерапии [Servaes P. et al., 2007].

Астения как побочный эффект химиотерапии имеет целый ряд негативных последствий. Так, сообщается о риске отказа пациента от противоопухолевого лечения вследствие тяжелой астении. По данным ряда ис-

следований, у многих пациентов, проходящих курс лечения рака молочной железы, астения становится главной причиной отмены химиотерапии и перевода на лучевую терапию [Jacobsen P.B. et al., 1999; Donovan K.A. et al., 2004; Prue G. et al., 2006]. Также показано, что астения приводит к снижению качества жизни пациентов и существенно затрудняет социальную и профессиональную адаптацию [Dow K.H., et al., 1996; Jacobsen P.B., Stein K., 1999; Spelleden E.R. et al., 2003].

Спектр препаратов химиотерапии, в числе типичных побочных эффектов которых указывается астения, достаточно широк и включает паклитаксел, доцетаксел, гемцитабин, капецитабин, иринотекан, оксалиплатин, винорельбин, трастузумаб и др. [Ozols R.F. et al., 1999; Chan S. 1992; O'Shaughnessy J. 2002; Esteva, 2002].

Психофармакологические методы симптоматической терапии АХЗН предусматривают применение психостимуляторов и антидепрессантов [Schwartz A.L., Thompson J.A., Masood N., 2002; Lande G. et al., 2005].

Другие не фармакологические терапевтические подходы включают оптимизацию режима активности и отдыха, когнитивную психотерапию, бихевиоральную психотерапию для улучшения сна (гигиена сна) и диету [Iop A. et al., 2004].

**Материалы и методы.** Исследование выполнено при совместном участии сотрудников отделения соматогенной психической патологии (рук. – профессор, д.м.н. С.В. Иванов) отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (рук. – академик РАМН А.Б. Смулевич) ГУ НЦПЗ РАМН и сотрудников отделения химиотерапии (зав. отделением профессор, д.м.н. В.А. Горбунова) и отделения химиотерапии и комбинированных методов лечения (зав. отделением – академик РАМН М.Р. Личиницер) Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН.

Исключались больные, состояние которых не позволяло выполнить психопатологическое обследование в необходимом объеме: тяжелое соматическое заболевание, умственная отсталость (F71-F79), грубое органическое поражение ЦНС (F00-F09), прогрессивная шизофрения с выраженными изменениями личности (F20-F29), злоупотребление психоактивными веществами (F10-F19).

Психиатрическое обследование проводилось клиническим методом с добровольного согласия пациентов и использованием объективных данных из доступной медицинской документации.

Выборку исследования составили 42 пациента (в возрасте от 32 до 77 года (в среднем  $52,1 \pm 6,01$  лет), последовательно поступавшие и находящиеся на амбулаторном или стационарном лечении в отделения Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина РАМН, получающие химиотерапию онкологических заболеваний, на фоне которой развивались астенические расстройства.

У всех пациентов на момент психиатрического обследования было верифицировано онкологическое заболевание различных органов (рак желудка, рак молочной железы, рак мочевого пузыря, рак толстого кишечника, рак поджелудочной железы, рак фатерова соска, рак печени, миелодиспластический синдром, рак легкого, рак репродуктивных органов, забрюшинные и нейроэндокринные опухоли). Все пациенты получали химиотерапию злокачественных новообразований препаратами различных групп (фторурацил, капецитабин, кальция фолинат, доцетаксел, цисплатин, карбоплатин, пеметрексид, ралтитрексид, оксалиплатин, ондасетрон, дексаметазон, гемцитабин, депакин, декаген, тамоксифен, анастрозол, винорельбин, винкристин, иринотекан, gefинитиб, трастузумаб, доксорубин, октреотид, фульвестрант).

Терапия АХЗН проводилась с применением антиастенического препарата Ладастен со стартовой дозой 100 мг (двукратный суточный прием). Продолжительность лечения составила 4 недели (28 дней).

Терапевтическая группа состояла из 15 больных со злокачественными новообразованиями (10 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 35 до 72 лет (средний возраст –  $45,7 \pm 8,6$  года) и коморбидной соматогенной астенией в соответствии с критериями МКБ-10.

Для оценки эффективности на каждом визите врачом заполнялись шкала общего клинического впечатления (CGI) для оценки тяжести заболевания (CGI-S) и общего улучшения (CGI-I), краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE). Пациентом заполнялись шкалы астении MFI-20 и шкала FAS-10, а также Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

**Результаты.** У всех пациентов изученной выборки в клинической картине на первый план выступают расстройства астенического круга, реализующиеся чувством значительной слабости, снижением энергии или возросшей потребностью в отдыхе, несопоставимой реальным нагрузкам



и сопровождающиеся снижением в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования.

Наряду с этим, у 18 пациентов изученной выборки отмечаются субсиндромальные, клинически маловыраженные симптомы тревожного расстройства и депрессии, проявляющиеся преимущественно поздней бессонницей, ажитацией, ощущением тревоги, суточными нарушениями сна, сниженным настроением и падением либидо.

Терапия АХЗН остается мало разработанной. В случаях, не осложненных синдромально завершенными депрессивными расстройствами, предпочтение отдается психостимуляторам. Опубликованы единичные исследования метилфенидата (в РФ не применяется), в которых показана частичная эффективность в купировании астении и уменьшении боли у онкологических пациентов [Sarhill N., Walsh D., Nelson K. et al., 2001; Schwartz A., Thompson J., Masood N., 2002].

В настоящем исследовании для АЗХН использовался новый антиастенический препарат Ладастен, позитивно влияющий на показатели физической и умственной работоспособности с сочетанным активирующим и анксиолитическим действием, что было подтверждено в результате терапии 15 пациентов с АХЗН.

Эффективность препарата отмечалась уже на 7-й день лечения (2 визит). Проявлялось положительное действие препарата в повышении физической и умственной активности, редукции аффективной лабильности, улучшении фона настроения, снижении уровня тревоги, уменьшении раздражительности, повышенной истощаемости, нормализации расстройств засыпания, глубины и длительности сна.

По шкале MFI-20 в начале лечения астения ( $\geq 50$ ) выявлена у всех 15 больных. На 2 визите (7 день терапии) произошло снижение показателей астении по шкале MFI-20 в два раза. К концу терапии (28 день) астения отсутствовала у 11 пациентов и оставалась у 4 больных, у которых снижение показателей астении носило статистически значимый характер ( $p < 0,05$ ).