

Затяжные формы невротических расстройств: клинико-психопатологические аспекты и вопросы терапии

А. В. Васильева, Т. А. Караваева, С. В. Полторак

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. В статье рассматриваются клинико- психопатологические особенности затяжных форм невротических расстройств, в сравнении с острыми невротическими состояниями и неврозоподобной резидуально-органической патологией. Представлены принципы оптимального сочетания психотерапии и психофармакотерапии. Приводится клинический пример.

Ключевые слова: затяжные формы невротических расстройств, неврозоподобная резидуально-органическая патология, психотерапия, психофармакотерапия .

Lingering forms of neurotic disorders: clinical-psychopathological aspects and therapy issues

T. A. Karavaeva, S. V. Poltorak, A. V. Vasileva

V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg

Summary. The article describes specific clinical-psychopathological features of lingering forms of neurotic disorders vs acute neurotic states and neurosis-like residual organic brain pathology. It presents the general guidelines of psychotherapeutic and psychopharmacological treatment. Clinical case is included.

Key words: lingering forms of neurotic disorders, neurosis-like residual organic brain pathology, psychotherapy, psychopharmacotherapy.

В структуре пограничных нервно-психических заболеваний значительное место занимают формы с затяжным течением, которые требуют планирования лечения, определяемого их клиническими особенностями, вариантами течения, психологическими характеристиками личности больного, преморбидным адаптационным потенциалом.

Исследование проводилось в отделении неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева. Были обследованы две группы больных: с невротическими расстройствами — 104 чел. (из них 43 с острыми и 61 человек с затяжными формами невротических нарушений) и 61 чел., у которых на основании многостороннего обследования был поставлен диагноз резидуально-органического поражения головного мозга с неврозоподобным течением.

Клинико-психопатологические характеристики затяжных форм невротических расстройств по данным анамнеза и объективно-го изучения больных. В данной работе использовалась типологическая дифференциация невротических расстройств по их длительности, представленная в отечественной психиатрии: острое, затяжное невротическое расстройство и невротическое развитие личности. Острое невротическое расстройство определялось при длительности заболевания до 1 года (41,3 %). У пациентов выявлялась зависимость симптоматики от ситуации, а в клинической картине отражались особенности личности, преморбидного фона, защитные психологические механизмы. Затяжное невротическое расстройство отмечалось у пациентов с длительностью заболевания от 1 года до 5 лет (32,7 %) и характеризовалось расширением спектра невротических симптомов, неспецифичностью их про-

явлений, усилением ипохондрической симптоматики. Невротическое развитие личности встречалось у 26,0 % пациентов при большей длительности заболевания. На этом этапе происходило саморазвитие и амальгамирование, т.е. слияние невротических переживаний и патохарактерологических проявлений.

У пациентов с затяжными формами невротических расстройств отмечалось выраженное преобладание соматоцентрированной внутренней картины болезни, что должно учитываться при планировании лечения. Соматоцентрированная внутренняя картина болезни встречалась у 34,9 % пациентов с острым невротическим расстройством, у 50,0 % с затяжным течением и у 63,0 % с невротическим развитием личности. Психоцентрированный тип внутренней картины болезни оказался корреляционно наиболее взаимосвязанным с развитием острого невротического расстройства. Корреляционный анализ показал, что формирование соматоцентрированного типа внутренней картины болезни чаще всего связано с наличием соматических жалоб, проявлений соматоформной вегетативной дисфункции и с формированием ипохондрического синдрома.

Внутренняя картина или сознание болезни объединяло восприятие болезни и отношение к ней а, следовательно, особенности поведения пациента и его активность в лечении. У пациентов с затяжными формами невротических расстройств в половине случаев выявлялось частичное сознание болезни (50,6 %), при котором признание наличия нарушений лишь частично связывалось с психологическими факторами. При этом отрицалась собственная роль в развитии заболевания, вследствие чего появлялась возможность «передать» ответствен-

ность за успех лечения врачу. Отсутствие сознания болезни (6,7 %) отмечалось редко и заключалось в активном исключении мысли о болезни и ее последствиях. Причиной госпитализации таких пациентов чаще всего были родственники или собственные рентные установки. Преувеличенное сознание болезни (29,5 %) было свойственно одной трети пациентов, которые в этом случае характеризовались повышенным беспокойством, мнительностью в отношении неблагоприятного развития заболевания, склонностью к сосредоточенности на субъективных неприятных ощущениях, стремлением рассказать о них окружающим, требованиями исключительной заботы, демонстрацией своих страданий. Адекватное отношение к болезни встречалось относительно редко (13,2 %) и характеризовалось трезвой оценкой своего состояния.

Отношение пациента к лечению являлось важной составляющей терапевтического процесса, существенно влиявшей на его результат. Выделялось негативное отношение (0,01 %), которое встречалось крайне редко в связи с добровольностью обращения за стационарной медицинской помощью. Пассивное отношение (18,8 %) заключалось в пониженном интересе к лечению, недостаточной мотивации при проведении психотерапии, отрицании своей роли в развитии заболевания. Амбивалентное отношение (26,5 %) — двойственное, противоречивое отношение к лечению, заключалось, чаще всего, в выражении готовности и интереса к лечению, с одной стороны, и стойких предостережений о его неэффективности, бесполезности, — с другой. Искаженное отношение (15,4 %) проявлялось в перекладывании ответственности за успех лечения на врача, высокой требовательности к нему при отсутствии конкретных усилий со стороны пациента, низкой мотивации на изменения. Менее чем половиной исследуемых пациентов (37,6 %) было свойственно адекватное отношение к лечению, активная позиция в терапевтических отношениях, понимание своей роли в достижении положительного результата.

Изучались основные психопатологические синдромы на различных стадиях течения невротических расстройств. Астенический синдром наблюдался на разных стадиях без значимых отличий. Тревожный синдром, как средство быстрого аффективного реагирования в психотравмирующих ситуациях, развитие и течение которых воспринималось пациентом как пугающе неизвестное, а разрешение — как неопределенное и с непредсказуемым результатом, чаще встречалось при остром течении заболевания (56,3 %). Фобический синдром характерен как для острого (43,8 %) так и для затяжного (46,9 %) течения, и значительно реже встречался при невротическом развитии личности (9,4 %), когда утрачивалась связь с психогенной травмирующей ситуацией, и в клинической картине оставались стертые, рудиментарные фобические переживания. Депрессивный синдром чаще наблюдался на стадии затяжного течения (55,6 %). Ипохондрический синдром, в качестве ведущего, не встречался на стадии острого невротического расстрой-

ства и больше был характерен для затяжного течения (28,6 %) и, особенно, — для невротического развития личности (71,4 %).

Полученные результаты свидетельствуют о полиморфизме симптоматики у пациентов с затяжными формами невротических расстройств, однако, важным являлось наличие устойчивых сочетаний клинических проявлений при разных вариантах течения невротических расстройств, которые были основными мишенями при назначении терапии.

Выраженность клинических проявлений и их динамика в ходе терапии. По шкале CGI (Clinical Global Impression Scale) оценивалось несколько показателей: 1) степень выраженности состояния при поступлении в стационар; 2) степень выраженности состояния при выписке после завершения стационарного этапа лечения; 3) динамика состояния за период пребывания в отделении. Изучалась взаимосвязь этих показателей со стадиями невротического расстройства. Умеренная выраженность симптоматики при поступлении отмечалась практически в равной степени при остром невротическом состоянии (39,5 %), затяжном (26,5 %) и невротическом развитии личности (33,3 %). Стадия затяжного невротического расстройства чаще, чем остальные, была представлена выраженными клиническими нарушениями (58,8 %), что определялось их стойкостью, большей оторванностью от психотравмирующей ситуации, а, в части наблюдений, — терапевтической резистентностью. Сильная степень выраженности несколько чаще определялась при невротическом развитии личности (33,3 %), в меньшей степени при остром (20,9 %) и еще реже — при затяжном (14,7 %) течении и была связана с характерологическими нарушениями и социальной дезадаптацией пациентов.

После стационарного лечения у пациентов на стадии затяжного течения невротического расстройства почти полная редукция симптоматики отмечалась редко, нарушения определялись как невыраженные (7,0 %) или очень слабо выраженные (58,1 %). Слабо выраженная степень расстройства определялась чаще при затяжной стадии (47,1 %), несколько реже на стадии невротического развития личности (37,0 %) и на стадии острого невротического состояния (25,6 %). На фоне проводимой терапии у пациентов с затяжными формами невротических расстройств (47,1 %) и невротическим развитием личности (59,3 %) при выписке часто сохранялась умеренная симптоматика, и они нуждались в дальнейшей длительной амбулаторной психотерапии и психофармакотерапии.

Динамика состояния за время лечения у пациентов с различными стадиями невротических расстройств также характеризовалась определенной спецификой. Так, у пациентов с острым невротическим состоянием (по шкале CGI) чаще отмечалось «очень сильное улучшение» — 14,0 % или «значительное улучшение» — 79,1 %, «улучшение в минимальной степени» — 4,7 %, «отсутствие изменений» в 2,3 % (т.е. встречались крайне редко). У пациентов с затяжным невротическим расстройством не определялась такая степень выра-

женности изменения состояния как «очень сильное улучшение» (0,0 %) и реже по сравнению с другими стадиями — «значительное улучшение» (29,4 %). На этой стадии чаще отмечалось «улучшение в минимальной степени» (55,9 %) и «отсутствие изменений» (14,7 %). У пациентов с невротическим развитием личности практически не определялась такая степень, как «очень сильное улучшение» (0,0 %) и «значительное улучшение» (3,7 %) и преимущественно определялось «улучшение в минимальной степени» (85,2 %) или «отсутствие изменений» (11,1 %).

Вопросы дифференциальной диагностики. В медицинской практике при диагностике невротических расстройств одной из сложных проблем является отграничение их от резидуально-органических поражений головного мозга с неврозоподобной симптоматикой. Проведенное исследование позволило выявить особенности, знание которых помогает в разграничении рассматриваемых патологических состояний.

У пациентов с неврозоподобной резидуально-органической патологией иное, чем у больных с невротическими расстройствами, распределение по полу. Последними преимущественно страдают женщины (79,8 %) и реже мужчины (20,2 %), в то время как среди пациентов с неврозоподобными резидуально-органическими расстройствами преобладают мужчины (57,3 %).

В анамнезе у пациентов с неврозоподобной резидуально-органической патологией существенно выше частота осложнений во время беременности как у плода, так и у матери (42,9 %), патологических родов (27,8 %), недоношенности (11,4 %), проблем в послеродовом периоде (22,8 %); проявления мозговой дефицитарности сказывались у этих пациентов на успешности формирования школьных навыков. На протяжении жизни у пациентов с неврозоподобными расстройствами в различные возрастные периоды часто имелись зафиксированные черепно-мозговые травмы (65,6 %), иногда повторные (16,3 % — преимущественно сотрясения головного мозга), тяжелые воспалительные заболевания различной природы с длительным течением, стойкими подъемами температуры (22,9 %), периоды алкоголизации (11,4 %).

Клиническим проявлениям неврозоподобных резидуально-органических нарушений в большей степени свойственно постепенное начало (93,4 %) и волнообразный тип течения (73,7 %), но, в отличие от невротических расстройств, они имеют значительно большую продолжительность. Средняя длительность заболевания в период обострения — 6,4 года.

Для комплексной оценки состояния и дифференциальной диагностики невротических и неврозоподобных расстройств проводилось неврологическое обследование, нацеленное на выявление чувствительных, двигательных и вегетативных нарушений. В приведенном ниже неврологическом статусе представлены только достоверно установленные отклонения.

У больных обеих групп выявлялась рассеянная неврологическая микросимптоматика, не уклады-

вавшаяся в картину очагового поражения головного мозга. В то же время у пациентов с невротическими расстройствами двигательные нарушения отмечались реже и были незначительными. Иногда наблюдался легкий неспецифический тремор рук (кистей), больше проявлявшийся в движении. При невротических расстройствах в части случаев отмечалось равномерное повышение сухожильных рефлексов (при истерическом типе они могли быть резко повышенными с расширением рефлексогенной зоны), тогда как для неврозоподобных нарушений более характерны легкая асимметрия сухожильных и периостальных рефлексов. У пациентов с истерическим типом невротических расстройств заикание возникало во время психотравмирующей ситуации, нередко во взрослом возрасте и усиливалось на фоне значимых переживаний (5,7 %). У пациентов с неврозоподобными расстройствами при осуществлении теста плавного слежения достоверно чаще выявлялись горизонтальный нистагм в крайнем положении при взгляде в разные стороны (13,1 %), легкая анизокория, не сопровождавшаяся нарушением зрачковых реакций (8,1 %), незначительное ослабление конвергенции (6,5 %). У них чаще наблюдалась легкая асимметрия лица (40,9 %), преимущественно глазных щелей и носогубных складок, без изменения силы мимических мышц. Заикание типа «клатеринг» возникало чаще, чем при невротических расстройствах, оно обычно начиналось в детском возрасте, иногда сочеталось с другими речевыми нарушениями (алалией), не сопровождалось страхом речи, его проявления в меньшей степени зависели от окружающей ситуации, чаще отсутствовали сопутствующие судорожные движения мышц лица, туловища (8,1 %). При неврозоподобных нарушениях достоверно чаще выявлялось нарушение координационных функций (19,6 %): неустойчивость (пошатывание) в позе Ромберга, адиадохокinez в удлинненной пробе, интенционный тремор при пальценосовой пробе.

Болевые нарушения у больных с невротическими расстройствами отмечались в виде проявлений соматоформной дисфункции и головными болями, в случае неврозоподобных нарушений — головными болями. При невротических расстройствах чаще встречались парестезии, локализовавшиеся диффузно или в разных участках тела и конечностях (11,5 %), а у больных с неврастеническим типом невротического расстройства — гиперестезия и гиперпатия. У лиц с неврозоподобными нарушениями изменения чувствительности встречались реже (при невротических расстройствах — 18,2 %, неврозоподобных — 9,8 %). Вегетативные нарушения в большей степени были характерны для невротических расстройств и носили облигатный характер с различной степенью выраженности (99,0 %). У больных с неврозоподобными расстройствами вегетативные нарушения встречались реже (31,1 %), не обладали выраженным полиморфизмом и обычно не сопровождалась эмоционально-аффективными проявлениями. Вегетативные приступы имели смешанный характер и, в отличие от невротических

кризов, были стереотипными с повторяющимся набором симптомов, со строгим разграничением начала и конца приступа, с большей продолжительностью и длительностью астении после его окончания.

Клинико-психопатологические проявления у больных с резидуально-органическими неврозоподобными расстройствами также характеризовались определенными особенностями. Так, в качестве ведущего синдрома значительно чаще, чем при невротических расстройствах, встречались астенический (39,3 %) и ипохондрический (19,6 %), имели место также тревожный (18,1 %), фобический (13,2 %), обсессивный (6,6 %) и значительно реже — депрессивный (3,2 %) синдромы. К клинической картине астенического синдрома, проявлявшегося в виде снижения энергетического потенциала, ощущения усталости, нехватки сил, повышенной истощаемости, присоединялись элементы психоорганического синдрома. Тревожный синдром при неврозоподобных резидуально-органических расстройствах отличался двумя особенностями: тенденцией к генерализации тревоги и умеренностью в степени ее выраженности. Фобический синдром был связан со страхом перед дизцефальными кризами. Также, со статистической достоверностью у пациентов с неврозоподобными резидуально-органическими расстройствами чаще встречался цефалгический синдром — 55,7 % (при невротических расстройствах — 12,5 %).

По сравнению с невротическими расстройствами отмечалась относительная бедность и монотонность проявлений, их более или менее «органическая окрашенность», обусловленная сочетанием неврозоподобных нарушений с психоорганическим синдромом и резидуальной неврологической симптоматикой. Для них не было характерно большое разнообразие нарушений, многим симптомам был присущ примитивизм, имелась тенденция к стереотипности их проявлений. Отмечалась лишь незначительная спаянность симптомов с окружающей пациента жизненной ситуацией, его личностными и характерологическими особенностями.

Соотношение психотерапии и фармакотерапии. Основным методом в лечении затяжных невротических расстройств является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, направленная на воспроизведение в процессе психотерапии противоречивых составляющих системы значимых отношений и их последующую проработку, коррекцию искажений мотивационных структур.

Со всеми пациентами проводилась индивидуальная форма личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Дополнительно к этому 40 % пациентов участвовали в групповой психотерапии. В 49,2 % случаях лечение дополнялось симптоматическим тренингом, направленным на расширение поведенческого репертуара, преодоление фобических переживаний в пусковых ситуациях, получение положительного опыта совладания с пугающими симптомами. У 36,9 % больных проводились аутотренинг и прогрессивное мышечное расслабление, направленные на обучение пациента

контролю сомато-вегетативных проявлений тревоги. Телесная направленность занятий положительно оценивалась пациентами, которые были фиксированы на соматических симптомах.

В комплексном лечении назначалась также фармакотерапия, основная цель которой состояла в воздействии на биологическое звено этиопатогенеза затяжных невротических расстройств, прежде всего коррекцию повышенной тревожной готовности, эмоциональной лабильности, склонности к обсессивным переживаниям, являвшихся конструктами темперамента, в качестве генетически обусловленной биологической основы личности. Другой задачей психотропного лечения было достижение симптоматического улучшения. Использовались препараты, показавшие свою эффективность в отношении симптома мишени в средних терапевтических дозах, позволявшие уменьшить проявления депрессии и тревоги, обеспечивая тем самым доступ к глубинным переживаниям, позволяя лучше понять сущность нарушения. В результате фармакологического лечения улучшалась способность к адаптации, появлялась возможность реализации новых моделей поведения в отношениях со значимыми лицами.

Определение стратегии лечения требовало учета особенностей пациента в двух плоскостях: психодинамической и феноменологической. Феноменологическое описание состояния больного включало представленность и особенности основных симптомов и синдромов и их качественную характеристику, степень полиморфности и устойчивости симптоматики, реактивность состояния под влиянием внешних событий (Мазо Г. Э., Шманева Т. М., 2010).

Целью фармакотерапии являлось снижение уровня тревоги, купирование и профилактика приступов паники и актуальности фобий, увеличение межприступного периода. Лечение начиналось только тогда, когда у пациентов наблюдались повторяющиеся приступы тревоги, формировались фобические переживания и панические атаки. В клинической практике степень тяжести тревожного расстройства является важнейшим критерием выбора терапевтической стратегии (Chaplin R., 2007). До начала лечения оценивались степень интенсивности и актуальности фобий, частота приступов тревоги и паники, наличие и выраженность коморбидных расстройств (депрессии и др.), а также предшествующее лечение. Указанные клинические характеристики влияли на выбор терапии и ее длительность (Васильева А.В., Полторак С.В., 2010). Использовались препараты с выраженным антитревожным и антипаническим действием. Пациента информировали, что лекарство может меняться в процессе лечения или может понадобиться комбинированная терапия, если первая попытка окажется недостаточно успешной. Выбор класса базисного препарата детерминирован следующими факторами: побочные эффекты, время наступления эффекта лечения, наличие сопутствующих синдромов (агорафобии, депрессии, генерализованной тревоги), опасением развития синдрома отмены. В об-

щем, для высокопотенцированных бензодиазепинов, в сравнении с антидепрессантами, характерно быстрое наступление антитревожного эффекта, меньший спектр побочных действий, эффективность в отношении тревоги ожидания и генерализованной тревоги, незначительным влиянием на фобии и депрессию, возможностью развития синдрома отмены. Преимущество антидепрессантов в воздействии на фобии и депрессию, в возможности проведения длительной поддерживающей терапии, в отсутствии синдрома отмены. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) являлись препаратами выбора для лечения тревожных расстройств (Anderson I.M., Tomenson B. 1994; Козловский В.Л., Смулевич А.Б., Андрющенко А.В. и др., 2000). Добавление высокопотенцированных бензодиазепинов к СИОЗС на первые три недели лечения быстрее стабилизирует болезненные симптомы, улучшает режим приема и переносимость СИОЗС. При сочетанном назначении высокопотенцированных бензодиазепинов и СИОЗС применялись обычные терапевтические дозы. Использовались следующие стандарты терапии невротических расстройств:

1. Невротические расстройства с ведущим тревожно-фобическим синдромом.

— Назначение в начальном периоде терапии эглонила в дозе 200-400 мг/сутки, тералиджена 20 мг/сутки для снижения актуальности фобических переживаний.

— Применение антидепрессантов: ремерона в дозе 30 мг/сутки, феварина 50-100 мг/сутки, триттико 50-150 мг/сутки, вальдоксана 50 мг/сутки для снижения уровня и интенсивности тревоги и фобий.

— Использование препаратов из группы высокопотенцированных бензодиазепинов: клоназепама (0,5-2 мг/сутки), альпразолама (0,25-0,75 мг/сутки) и небензодиазепиновых анксиолитиков атаракса (50-100 мг/сутки) и стрезама (200 мг/сутки) для снятия эмоционального напряжения и снижения интенсивности тревожных нарушений (Незнанов Н.Г., Краснов В.Н. и др., 2010).

2. Невротические расстройства с ведущим паническим синдромом.

— Назначение на длительный срок (несколько месяцев) препарата из группы СИОЗС, отличающегося медленным наступлением эффекта: паксила в суточной дозе от 20 до 40 мг (Козловский В.Л., 2004).

— Добавление бензодиазепинового препарата на время инициальных 6-8 недель лечения в качестве эффективного «моста» до реализации желаемого эффекта СИОЗС: клоназепама в суточной дозе от 0,5 до 2 мг.

— В самом начале терапии целесообразно назначение эглонила в суточной дозе 200—400 мг для снижения актуальности всего спектра навязчивых состояний.

3. Невротические расстройства с ведущим тревожно-депрессивным синдромом.

— Назначение современных антидепрессантов с минимальным спектром побочных эффектов, с

целью воздействия как на тревожные, так и на депрессивные расстройства: паксила (20-40 мг/сутки), ремерона (30-45 мг/сутки), феварина (50-150 мг/сутки), триттико (50-200 мг/сутки); антиконвульсантов с нормотимическим эффектом (лирика 75-150 мг/сутки) (Berk M., 2000).

— Применение эглонила (200-400 мг/сутки), обладающего стимулирующим антидепрессивным эффектом и положительным воздействием на когнитивный компонент тревоги.

Большая часть пациентов весьма положительно отвечала на СИОЗС-терапию, но приблизительно 30 % оказывались толерантными или имели неполный ответ на лечение. Стратегия дальнейшего лечения таких пациентов в первую очередь включала оптимизацию дозы СИОЗС (постепенное повышение до более высоких целевых доз по сравнению с используемыми). До перехода на альтернативную лекарственную терапию или подключение дополнительных препаратов необходимо было еще раз убедиться в правильности лечения (DeVane C.L., 2004). Пациенты с неполным ответом нуждались в расширении терапии. Таким образом, медикаментозная терапия невротических расстройств включала в себя назначение различных вариантов следующих препаратов: нейрорептики — эглонил, тералиджен; антидепрессанты — ремерон, триттико, золофт, вальдоксан; анксиолитики из класса бензодиазепинов — клоназепама, алпразолам; небензодиазепиновые анксиолитики — атаракс, стрезам; антиконвульсанты-нормотимики — депакин-хроно, лирика. Чаще всего использовались сочетания антидепрессанта с нейрорептиком или анксиолитиком. Выбор препарата или схемы лечения зависел от структуры и глубины тревожного расстройства. В случае преобладания в симптоматике фобических нарушений назначались препараты, способствующие дезактуализации фобий; в случае преобладания тревожной симптоматики — средства, снижающие уровень тревоги; при изолированных панических атаках — бензодиазепины с антипаническим действием. При выраженных тревожных расстройствах фармакотерапия становилась первой ступенью в лечении, но с дальнейшим планированием использовать психотерапию (так называемая последовательная стратегия). Применение психотерапии одновременно с медикаментозными средствами на инициальных этапах лечения могло быть мало эффективным, поскольку пациент с частыми приступами тревоги, интенсивными фобическими переживаниями и выраженными соматовегетативными нарушениями под давлением тяжести своего состояния не мог адекватно воспринимать психотерапевтическое лечение. В дальнейшем, когда достигалась положительная динамика клинической картины на фоне медикаментозной терапии, присоединялась психотерапия, которая существенно улучшала общий результат лечения. Тяжесть клинической картины предполагала длительные курсы лечения (Crome I. B., 2004).

Возможные осложнения при использовании психофармакотерапии заключались, прежде всего, в побочных эффектах применения психотропных

препаратов: заторможенности, сонливости, повышении аппетита, увеличении веса, тахикардии, головной боли, тошноты, нарушении моторики желудочно-кишечного тракта. В случае возникновения побочных явлений проводилась коррекция дозировок применяемых препаратов в сторону их уменьшения, вплоть до полной отмены.

В качестве примера приводится клиническое наблюдение. Больная С., 48 лет, родилась в асфиксии, младшей из 4 детей, в полной семье. Росла болезненным домашним ребенком, детские учреждения не посещала. Воспитание строилось по типу потворствующей гиперопеки, с чрезмерным вниманием к соматическим недомоганиям. В результате такого воспитания сформировался «дефект избалованности» на фоне астенических конституциональных черт. В целом семью описывает как дружную, гармоничную, всегда ценила поддержку родителей. Наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена.

В школе быстро уставала, успеваемость была средней, трудностей социализации не отмечалось, была дружелюбной, при возникновении конфликтного напряжения часто заболела, оставалась дома, после чего ссоры разрешались сами собой. В возрасте 11 лет была госпитализирована в больницу с бронхитом, тяжело переживала разлуку с родными. Из-за развившегося приступа удушья была переведена в реанимацию, осматривалась различными специалистами, которые не смогли установить причину. После окончания школы самостоятельно поступила на вечернее отделение экономического факультета университета. Одновременно работала помощником коменданта общежития. С нагрузкой справлялась. Перенесенные заболевания: детские и простудные инфекции, ангины, ЗЧМТ без потери сознания. После окончания вуза была экономистом в торговле до 1994 г., работа нравилась, «ходила как на праздник», пользовалась уважением в коллективе, нагрузка была умеренной. В 1992 г. вышла замуж, отношения в семье описывает, как гармоничные, муж по характеру мягкий, спокойный, заботливый, хороший семьянин. В 1995 и 1998 гг. родились дочери, после чего перестала постоянно работать, поскольку не могла справиться с домашней и рабочей нагрузками из-за слабого здоровья. Родители пациентки помогали ее новой семье. В 2005 потеряла обоих родителей, мать долго болела, отец умер скоропостижно от обширного инфаркта миокарда. Постепенно развилась тревожно-фобическая симптоматика с выраженными вегетативными нарушениями, в виде сердцебиений, внутренней дрожи, ощущений перебоев в области сердца, потливостью, головокружением, приливами жара и холода, ощущением «кома в горле», учащенным мочеиспусканием.

В 2008 г. лечилась стационарно по поводу тревожно-депрессивной симптоматики, со слов, получила комплексное лечение, выписалась с незначительным улучшением. Обращалась к врачам различного профиля, отмечалось постепенное нарастание, расширение симптоматики, практически невозможно было определить границу перехода не-

вротического расстройства в затяжную форму, не выявлялось и периодов выраженного улучшения, «светлых промежутков». Нарастал полиморфизм симптоматики. Обращала на себя внимание постепенная генерализация с утратой эмоциональной насыщенности фобических переживаний. Соматовегетативные нарушения становились более стойкими, но менее интенсивными. В 2009 г. переехала вместе с семьей в Санкт-Петербург, в связи со сменой места работы мужа. В 2010 г. обратилась в ПНД по месту жительства с жалобами на постоянную нефабулируемую тревогу, не связанную с конкретной ситуацией, напряжение, плохой аппетит, трудности засыпания, прерывистый сон без ранних пробуждений, мигрирующие головные боли, которые не купировались приемом анальгетиков, внутреннюю дрожь во всем теле, сниженные настроение и работоспособность.

Обращение в ПНД не удовлетворило больную, консультировалась в ГЭЦ, был поставлен диагноз резидуально-органического поражения головного мозга с эпилептиформными приступами у личности конверсионного типа. В НИПНИ им. В.М. Бехтерева заболевание было расценено как генерализованное тревожное расстройство. Однако, кликопатогенетически более точно следовало бы говорить об ипохондрическом затяжном невротическом расстройстве на фоне резидуально-органического поражения головного мозга. Можно полагать, что при наличии преморбидных особенностей личности — психастенических, тревожно-мнительных, ригидных, эгоцентрических, повышенного внимания к своим собственным переживаниям; игнорировании потребностей других; при минимальной церебральной дефицитарности; условий воспитания, способствовавших инфантилизму, сниженной стрессоустойчивости пациентки; привычного получения эмоциональной поддержки и снижения уровня требований при предъявлении соматического недомогания в условиях однотипных психотравмирующих воздействий; утраты обоих родителей — сформировалось затяжное ипохондрическое невротическое расстройство. Сквозным симптомокомплексом проходили астенические нарушения, быстрая истощаемость, утомляемость, явления раздражительной слабости с их ипохондрической переработкой. Одновременно с этим наблюдалась выраженная стеничность, ригидность в отношении ипохондрических переживаний и постепенное нарастание полиморфизма симптоматики. Потеря двух родителей привела к перестройке системы отношений с необходимостью принятия на себя всей полноты ответственности, с одной стороны, и явилось пусковым фактором для нозофобических переживаний, — с другой, способствуя развитию и поддержанию тревожной симптоматики.

Психический статус. Ориентирована всесторонне правильно, бредовых идей не высказывает, в контакт вступает формально, аффект несколько монотонный, мышление ригидное, имеются трудности сосредоточения, жалуется на слабость, сильные, непереносимые головные боли. При этом длительно, настойчиво в беседе с врачом без признаков утомления обсуждает свои пред-

ставления о характере расстройств, часто повторяет вопросы, касающиеся ипохондрических переживаний. Описание других людей выглядит поверхностно, образно-ограниченно. Ситуации и события мира объектов интерпретируются только со стороны собственных потребностей, мнений и опасений. Коммуникация затруднена педантичностью, ригидностью, требовательностью, критикой и раздраженным поведением. Имеется хрупкость самооценки, склонность к длительным, тяжёлым обидам и нереалистичные представления о себе.

Результаты экспериментально-психологического исследования выявили низкую фрустрационную толерантность и подтвердили наличие описанных личностных особенностей. Можно говорить о том, что постепенно сформировался особый стиль поведения в виде чрезмерного щадящего отношения к себе со стремлением избегать даже незначительных нагрузок и психического напряжения, что определило заострение преморбидных черт и усугубление социальной детренированности. Эти особенности структуры личности и системы отношений определили основные мишени психотерапевтического лечения.

Была назначена психофармакотерапия в виде 100 мг сертралина, с последующим добавлением 150 мг лирики (для выравнивания аффекта — нормотимический эффект и для предупреждения побочных явлений антидепрессанта — корректирующий эффект) в связи с сохраняющейся алгической и тревожной симптоматикой. На этом фоне пациентка стала жаловаться на сонливость, заторможенность, стала больше времени проводить в постели, активность в беседе с врачом не изменилась, повторно высказывала опасения о возможном вреде для здоровья при приеме лекарств. Че-

рез 10 дней доза лирики была увеличена до 300 мг/сутки. Побочные и нежелательные явления не отмечались. Постепенно на фоне проводимого лечения, снизилась тревога, пациентка начала больше следить за собой, успешно выполнять поведенческие задания, интерперсональные контакты стали более дифференцированными, исчезла алгическая симптоматика, сгладились ипохондрические переживания. Была выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по организации дневного времени, продолжить прием сертралина 100 мг и лирики 300 мг/сутки. Пациентка отмечает эффективность терапии, соблюдает режим приема препаратов, приходит на амбулаторный прием, возобновила трудовую деятельность, сохраняется определенная ипохондрическая настороженность, повышенное внимание к соматическим ощущениям. Сообщает, что редукция телесных ощущений на фоне приема лекарств, позволяет лучше переключаться и заниматься продуктивной деятельностью.

Терапия эффективна если психотерапевт-пациент имеют доверительные отношения. Назначение эффективного медикаментозного лечения усиливает веру пациента в компетентность врача. Существенная часть пациентов с затяжными невротическими расстройствами обращается за помощью, когда у них уже есть длительно существующие, изменившие повседневную жизнь симптомы, имеется устойчивая антиципационная тревога, связанная с ожиданием ухудшения своего состояния, которая по условно-рефлекторным механизмам усиливает интенсивность нарушений и снижает возможности адаптации. В таких случаях, чтобы быстрее и эффективнее помочь больному, нужно рассмотреть вопрос об одновременном использовании медикаментов и психотерапии.

Литература

1. Васильева А.В., Полтораки С.В. Принципы фармакотерапии затяжных форм невротических расстройств. //Материалы научно-практической конференции к 110-летию кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, 10 декабря 2010. — Санкт-Петербург. — 2010. — С. 231–232.
2. Козловский В.Л., Смулевич А.Б., Андрющенко А.В. и др. Клиническая эффективность и переносимость паксила (пароксетина) при лечении панического расстройства // Терапевтический архив. — 2000. — № 10. — С. 16–23.
3. Козловский В.Л. Основы адекватного применения препаратов в психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2004. — № 4. — С. 3–6.
4. Мазо Г.Э., Шманева Т.М., Крижановский А.С. Применение комбинированной терапии антидепрессантами для лечения депрессии: взгляд на проблему // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2010. — № 4. — С. 15–19.
5. Незнанов Н.Г., Краснов В.Н., Ромасенко Л.В., Александровский Ю.А. Эффективность этифоксина в сравнении с феназепамом при лечении пациентов с расстройствами адаптации (открытое рандомизированное контролируемое исследование) // Российский психиатрический журнал. — 2010. — № 1. — С. 80–84.
6. Полтораки С.В., Васильева А.В. Психологические аспекты соотношения психотерапии и фармакотерапии в лечении неврозов // Вестник психоанализа. — 2011. — №1 — С. 260–263.
7. Anderson I.M., Tomenson B. The efficacy of selective serotonin re-uptake inhibitors in depression: a meta-analysis of studies against tricyclic antidepressants // Journal of Psychopharmacology. — 1994. — Vol. 41. — P. 152–157.
8. Berk M. Selective serotonin reuptake inhibitors in mixed anxiety-depression // International Clinical Psychopharmacology. — 2000. — Vol. 15. — P. 41–45.
9. Chaplin R. How can clinicians help patients to take their medications? / R. Chaplin // Advances in Psychiatric Treatment. — 2007. — Vol. 13. — P. 347–349.
10. Crome I. B. Pharmacotherapy in dual diagnosis / I. B. Crome, T. Myton // Advances in Psychiatric Treatment. — 2004. — Vol. 10. — P. 413–424.
11. DeVane C.L. Differential pharmacology of newer antidepressants // Journal of Clinical Psychology. — 2005. — Vol. 59. — P. 85–93.