

Проблема психопатологии тяжелых обсессивно-фобических расстройств (ОФР), хотя и имеет длительную историю, остается одним из малоизученных аспектов клинической психиатрии. Обсессивно-фобический синдром, особенно при его хроническом характере, ассоциируется с относительно неблагоприятными исходами, ранней утратой трудоспособности и инвалидизацией больных. В данной работе подробно рассмотрен круг тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных симптомокомплексов, наиболее характерных для заболеваний шизофренического спектра, описана структура коморбидных соотношений между ними и другими расстройствами. Показана зависимость прогноза ОФР от клинико-динамических особенностей наблюдаемой симптоматики. Представлены данные об эффективности различных классов психотропных средств и психотерапевтических методов при разных вариантах ОФР в рамках шизофренического спектра. В приложении помещены статьи, посвященные некоторым частным вопросам фобических состояний: страху сумасшествия и потери контроля, патоморфозу невротических фобий и различным подходам к диагностике панического расстройства с агорафобией. Работа может представлять интерес для врачей-психиатров и психотерапевтов.

Обсессивно-фобические расстройства



Алексей Павличенко

Павличенко Алексей Викторович, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского государственного медицинского университета, Москва. Область научных интересов - тревожные и аффективные расстройства, общая психопатология. Профессиональный опыт - более 10 лет.



978-3-8454-1164-4

Алексей Павличенко

Алексей Павличенко

Обсессивно-фобические расстройства при шизофрении

Феноменология, динамика, коморбидность, подходы к терапии

LAP LAMBERT
Academic Publishing

О Г Л А В Л Е Н И Е

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	7
ГЛАВА II. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛОВ И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	31
ГЛАВА III. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА ПОЛИМОРФНЫХ АБСТРАКТНЫХ НАВЯЗЧИВОСТЕЙ С НЕПРЕРЫВНЫМ ТЕЧЕНИЕМ	47
ГЛАВА IV. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА РАССТРОЙСТВ «ПАНИКО-АГОРАФОБИЧЕСКОГО СПЕКТРА» В СТРУКТУРЕ ШИЗОФРЕНИЧЕСКИХ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С ПЕРЕМЕЖАЮЩЕ-ПОСТУПАТЕЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ	71
ГЛАВА V. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА СМЕШАННЫХ НАВЯЗЧИВОСТЕЙ С ПРИСТУПООБРАЗНЫМ ТЕЧЕНИЕМ	115
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	149
ВЫВОДЫ	165
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	167
ПРИЛОЖЕНИЕ	
1. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОМОРФОЗА НЕВРОТИЧЕСКИХ ОБСЕССИВНО- ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (В СОАВТ. С Н.Д.ЛАКОСИНОЙ)	187
2. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРАХА ПОТЕРИ КОНТРОЛЯ И СУМАСШЕСТВИЯ	207
3. ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО С АГОРАФОБИЕЙ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И КОМОРБИДНОСТЬ (В СОАВТ. С Д.А.ЧУГУНОВЫМ)	223

ВВЕДЕНИЕ

Преобладающий в МКБ-10 синдромологический подход рассматривает обсессивно-фобические расстройства преимущественно в статике и относит их к невротическим состояниям. В то же время общеизвестно их нередкое возникновение при шизофрении. Истоки современных знаний о шизофрении, протекающей с преобладанием навязчивостей, многократно анализировались как в работах отечественных (А.В.Шахламов, 1987, Е.В.Колуцкая, 2001), так и в публикациях иностранных авторов (Т.Insel, 1986, D.Mataix-Cols D., 2005). В зарубежной литературе доминирует феноменологический подход, подробно изучаются клинические и социальные аспекты влияния отдельных подгрупп обсессивно-фобических расстройств (ОФР) преимущественно на психотические и негативные симптомы шизофрении (N.Argyle, 1990, J.Zohar, 1997, S.Hofmann, 1999, M.Hwang, 2000, C.Chen, 2001, M.Poyurovsky, 2001, R.Goodwin, 2002, R.Braga, 2004, J.Muller, 2004, S.Pallanti, 2004, J.Huppert, 2005, В.Каяхан, 2005, D.Ongur, 2005). При этом преобладает тенденция рассматривать навязчивости и симптомы шизофрении с позиций коморбидности. В то же время, остаются недостаточно изученными особенности динамики развития шизофрении при сопутствующих обсессивно-фобических расстройствах, практически нет работ, посвященных изучению сочетания непсихотической шизофрении и навязчивостей. Большинство работ отечественных авторов, выполненных в последние годы, посвящено исследованию отдельных подгрупп ОФР, развивающихся в рамках вялотекущей шизофрении и других психических заболеваний пограничного уровня (Л.Г.Дмитриева, 1996, А.М.Андреев, 1999, И.Ю.Дороженок, 1999, А.А.Шмилович, 1999, Д.В.Ястребов, 2000, Б.А.Волель, 2003). Немного сведений о структуре коморбидных соотношений между навязчивостями и другими психопатологическими синдромами в рамках шизофрении. Нет четких данных о том, какие из вариантов ОФР чаще ассоциируются с неблагоприятным прогнозом. Остаются противоречивыми данные о вариантах

течения шизофренического процесса с преобладанием навязчивостей. Достаточно хорошо изучен лишь стереотип развития ОФР в рамках непрерывно текущей шизофрении (Л.И. Головань, 1965, М.Б.Данилова, 1966, Е.В.Коллюцкая, 2001). Остается открытым вопрос о возможности диагностики шизоаффективных приступов, вся симптоматика которых исчерпывается ОФР (Ю.Т.Джингальдин, 1983, А.А.Шюркуте, 1987).

Для решения этих проблем необходимо более детальное изучение клинико-динамических закономерностей ОФР при разных формах течения шизофренического процесса

Цель работы

Целью настоящего исследования являлось выявление клинико-динамических закономерностей множественных тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств при разных формах течения шизофренического процесса и уточнение диагностических и прогностических критериев.

Исходя из этого, были поставлены следующие задачи исследования:

1. выделение вариантов полиморфных ОФР при разных формах течения шизофрении и расстройств шизофренического спектра
2. выявление структурно-динамических особенностей полиморфных навязчивостей невротической и шизофренической природы;
3. изучение коморбидных соотношений между ОФР и другими психопатологическими синдромами;
4. выявление клинических показателей, влияющих на прогноз полиморфных ОФР при расстройствах шизофренического спектра;

Научная новизна работы

В работе выделены варианты множественных тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств в зависимости от основных форм течения шизофрении. Впервые описаны клинико-динамические особенности ОФР в рамках шизофрении с периодическим типом течения. Уточнены сходства и различия полиморфных ОФР в рамках шизофрении и невроза

навязчивых состояний. Проанализированы коморбидные соотношения между навязчивостями и другими психопатологическими состояниями. Установлены группы факторов, способствующих относительно благоприятному и неблагоприятному течению полиморфных ОФР.

Практическая значимость результатов работы

Полученные данные расширяют и дополняют сложившиеся психопатологические представления об ОФР. Разработанная типология и закономерности динамики полиморфных ОФР при расстройствах шизофренического спектра должны способствовать раннему выявлению этих состояний, совершенствованию их дифференциальной диагностики с невротическими ОФР и своевременному началу лечения. Определен ряд факторов, влияющих на прогноз ОФР при разных формах течения шизофрении.

ГЛАВА I

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Навязчивые состояния при шизофрении

Проблема изучения обсессивно-фобических расстройств (ОФР) при шизофрении имеет длительную историю. Истоки современных знаний о шизофрении, протекающей с преобладанием навязчивостей, многократно анализировались как в работах отечественных (Д.С.Озерецковский, 1950, А.В.Шахламов, 1989, Е.В.Коллюцкая, 2001 и др.), так и в публикациях иностранных авторов (W.Fenton, 1986, T.Insel, 1986, D.Mataix-Cols, 2005 и др.). Однако, многочисленные исследования, затрагивающие особенности ОФР при шизофрении, часто выполнены на клинически неоднородном материале, основаны на различных методологических и концептуальных подходах.

В донозологический период проблема навязчивостей получила большое развитие в рамках концепции «вырождения» (E.Esquirol, 1838, M.Legrand du Saule, 1875, R.Kraft Ebing, 1879, 1881, T.Ziehen, 1897, Deny, 1909). E.Esquirol (1838) впервые предпринял попытку систематизации различных навязчивых состояний, объединив их в общую группу «мономании». M.Legrand du Saule (1875) описал самостоятельное заболевание - «помешательство сомнений с бредом прикосновения», где впервые выделил навязчивые сомнения. R.Kraft Ebing (1879, 1881) в рамках психических вырождений выделял «помешательство в виде навязчивых идей», которое характеризовалось постепенным изменением характера пациентов с появлением на отдаленных этапах странных привычек и эмоциональным охлаждением к близким. Он также одним из первых описал контрастные навязчивые представления, указал на возможность аутохтонного возникновения ОФР. T.Ziehen (1897) отмечал, что у пациентов с навязчивостями на «позднейших стадиях» обнаруживается снижение интересов, отгороженность от людей, нарушение семейных отношений, а

также избегание ситуаций, в которых появляются фобии. Сам же термин «навязчивость» ввел немецкий психиатр К. Westfal в 1871 г., описав ставшие классическими феноменологические особенности этих состояний.

Е. Краепелин (1899) выделял 4 подгруппы навязчивых состояний в рамках «невроза навязчивых состояний»: 1) навязчивые представления; 2) навязчивые страхи; 3) страх ответственности (болезненные сомнения) и 4) боязнь общества. Он подчеркивал, что у одного больного эти состояния могут сочетаться или сменять друг друга. Автор также отмечал, что обсессии нередко сочетаются с периодическими депрессиями и истерическими расстройствами. На отдаленных этапах болезни возможно усиление педантизма, аутистических тенденций.

С.С. Корсаков (1891, 1901) подчеркивал, что навязчивости могут встречаться как в виде самостоятельного заболевания (навязчивости в виде болезненного мудрствования, хульных мыслей, боязни прикосновения, пространств), так и структуре других состояний, где они выступают лишь как один из симптомов болезни. Автор выделял особое заболевание «paranoia ideobsessiva», которое протекает в виде острых вспышек и наблюдается преимущественно «у лиц плохо уравновешенных». Он подчеркивал сходство этих состояний, с одной стороны, с острым чувственным бредом, с другой – с обсессивными феноменами («тревожное напряжение, страх, тоска»). Автор также выделял «психоз в форме навязчивых идей», который характеризуется хроническим течением, и может «осложняться псевдогаллюцинациями, а затем и бредом».

С.А. Суханов (1905) описывал острые приступы навязчивых состояний (преимущественно навязчивых представлений контрастного содержания), сравнимых с описаниями С.С. Корсакова, на высоте которых отмечаются эпизоды обманов восприятия (зрительные и акустические иллюзии, элементы образного бреда). По минованию острых приступов в клинической картине преобладают стойкие навязчивости с массивными и «странными» защитными действиями. В периоды стабилизации состояния у пациентов часто теряется критика к имеющимся расстройствам. Он также описал случаи, когда ОФР

доминируют в клинической картине «первичного юношеского слабоумия с синдромом навязчивых идей», где к навязчивостям присоединялись симптомы, указывающие на «упадок психической деятельности, вялость психических процессов».

Ф.Е.Рыбаков (1917) разделял навязчивые идеи на навязчивые представления (обсессии) и навязчивые страхи (фобии). Он отмечал, что при «психозе навязчивых идей» часто обнаруживаются определенные изменения личности в виде «тупости эстетических и нравственных чувств», дисгармонии в интеллектуальной сфере, конфликтности, неуживчивости.

Развитие нозологических принципов в психиатрии способствовало более дифференцированному подходу к изучению навязчивых состояний.

Е. Bleuler (1911, 1972) описывал ОФР преимущественно в группе «навязчивого невроза», где выделял 3 вида этих состояний: чистые навязчивые представления (навязчивое мудрствование, навязчивый счет), навязчивые страхи (страхи пространств, общения, навязчивые сомнения) и навязчивые стремления. Течение невроза затяжное, с колебаниями интенсивности, при этом «содержание меняется, а страх остается тот же самый», в настроении же «обнаруживается склонность к подавленности». Автор также считал правомерным рассматривать в рамках выделенной им латентной шизофрении случаи длительно протекающих навязчивых состояний в связи с наличием на отдаленных этапах болезни расстройств мышления, аутизма, амбивалетности.

С. Pascal (1911) описывал ОФР в рамках инициального периода раннего слабоумия («психастеническая форма продрома»), завершающегося формированием более тяжелых психопатологических проявлений. В качестве типичных признаков процессуального характера обсессий он указывал на формирование негативных расстройств – эмоциональных и астенических нарушений без признаков «глубокого слабоумия» в интеллектуальной сфере. Подобные положения содержатся и в работах польского психиатра А. Wizel (1926) в рамках «псевдопсихастенической формы» стертой шизофрении. Несмотря на то, что ананкастные черты (педантизм, аккуратность, склонность к

сомнениям) как бы затушевывали черты дефекта, у пациентов при внимательном анализе все же обнаруживались черты аутизма.

W.Jahrreiβ (1926) отстаивал правомерность выделения особой формы «медленно текущей» шизофрении, проявляющейся исключительно навязчивыми феноменами. Автор приводил подробную характеристику этого заболевания: внезапность и немотивированность возникновения ОФР, их генерализация с формированием особой «обсессивной системы» («систематизированные навязчивости»), присоединение на отдаленных этапах неразвернутых нарушений галлюцинаторно-бредового регистра, нарастающие изменения личности по шизофреническому типу. Для процессуально обусловленных obsessions характерно доминирование ритуалов и двигательных навязчивостей, что автор интерпретировал в контексте родства обсессивных и кататонических расстройств.

М.О.Герцберг (1935) полагал, что снижение критики пациента к ОФР «формально сближает навязчивые идеи с бредовыми». У больных с хроническими навязчивостями автор нередко наблюдал формирование системы защитно-ритуального поведения, подчиняющего себе всю их жизнь, усложнение болезни за счет присоединения неразвернутых галлюцинаторно-бредовых феноменов и дефицитарных расстройств.

Д.С.Озерецковский (1925, 1950) выделял две основные группы навязчивых явлений в рамках шизофрении. Для первой группы характерна внезапная манифестация с быстрым формированием страха замкнутых помещений и открытых пространств, присоединение в дальнейшем деперсонализационных и ипохондрических расстройств, снижение выраженности навязчивых страхов по мере усугубления дефицитарной симптоматики. Для второй группы навязчивостей характерны «субъективные автоматизмы» («больные считают их совершенно чуждыми сознанию, но не расценивают их как объективное принуждение»). Прогрессиентность процесса при этом заключается в утрачивании навязчивыми состояниями эмоциональной окраски, «привыкании» больных к ним, а также

присоединении вычурных и «бессмысленных» ритуальных образований. Автор приводил признаки ОФР при шизофрении: внезапность и немотивированность возникновения, нелепость и непонятность содержания, стереотипизация ОФР, «сложность» и полиморфизм самих навязчивостей. При этом он считает «вполне установленным» переход шизофренических навязчивостей в развернутые бредовые феномены и, «в связи с углублением болезненного процесса», в синдром Кандинского.

А.Н.Молохов (1937) считал, что обсессии, проявляющиеся «выражено и систематически», являются шизофреническими симптомами и приводят к «эндогенной деградации». Он выделял 2 вида «фобических развитий» при шизофрении: 1) развитие по психастеническому типу, для которого характерно преобразование конкретного страха в бессмысленный, приобретение страхом компонента чуждости и присоединение бессмысленных навязчивых действий, и 2) развитие по типу сверхценных образований, при котором «фобические приступы» осложняются ипохондрическими страхами и избегающим поведением.

С.И.Консторум с соавт. (1935, 1936) подчеркивали хронический тип течения «шизофрении с навязчивостями». Авторы наблюдали больных, где ОФР появлялись после «психотических» вспышек, однако у большинства пациентов ОФР развивались на фоне «психопатической стигматизации». К «предпочтительно» процессуальным навязчивостям авторы относили те ОФР, которые тесно связаны с нарушениями восприятия (в качестве примера он приводят случаи мизофобии), и идеями отношения (хотя подчеркивается, при этом «речь скорей идет не о навязчивости, а о сверхценной идее»). Авторы скептически относятся к возможности трансформации навязчивостей в психические автоматизмы. В рамках «ипохондрической формы шизофрении» они изучали больных шизофренией с преобладанием фобических состояний. На начальных этапах доминировал острый витальный страх, аффект растерянности, «элементы дереализации», «страх перед наступающим безумием». В дальнейшем ОФР утрачивали пароксизмальность, а

клиническая картина определялась хронической беспредметной тревогой и патологическими телесными сенсациями. Преобладало непрерывное течение заболевания. Авторы приводят дифференциально-диагностические признаки «ипохондрической шизофрении»: внезапный дебют, «перманентность жалоб», невозможность от них отвлечься, «полная безуспешность психотерапевтического воздействия», а также аутистические тенденции.

Р.А.Наджаров (1955, 1969) отмечал следующие особенности шизофрении с навязчивостями: быстрое побледнение аффективной окраски фобий, крайне слабо выраженный компонент борьбы с навязчивостями, раннее появление ритуальных действий, приобретающих сверхценный характер. При многолетнем существовании ОФР приобретали черты сходства с кататоническими симптомами, было возможно развертывание бредовых синдромов. Среди негативных изменений преобладало эмоциональное снижение, странность интересов, появление псевдопсихопатических расстройств. Автор отмечал преимущественно вялое течение эндогенного процесса, хотя иногда ОФР в структуре обострений сочетались с депрессивными и тревожными симптомами («вплоть до появления циклотимоподобных приступов»), что сближало этих пациентов с больными с «перемежающе-поступательным» типом течения шизофрении. Иногда отмечалось послабление симптоматики с развитием неполных ремиссий с «инкапсулированными» навязчивостями, и с возможностью социальной адаптации.

В работах иностранных и некоторых отечественных исследователей ОФР изучаются в рамках выделенной Р.Нох и Р.Полатин в «псевдоневротической формы шизофрении» (Р.Нох, 1949, А.Симко, 1968, Т.Ваангаард, 1978, А.Б.Смулевич, 1987, А.В.Шахламов, 1989).

Р.Нох с соавт. (1949, 1963) основным свойством «псевдоневротической шизофрении» считал сосуществование в клинической картине различных невротических состояний. В качестве наиболее типичного проявления ОФР при шизофрении он рассматривал «пан-тревогу», сочетающуюся с другими

невротическими феноменами (конверсиями, сенестопатиями) и кратковременными «микро-психотическими» симптомами. Навязчивости встречались как в рамках приступообразного, так и непрерывного течения шизофрении. Авторы подчеркивали, что диагностика шизофрении должна основываться на выявлении изменений личности, формирующихся по мере развития заболевания. По данным катамнеза, неврозоподобная шизофрения в 10,0% случаев завершалась манифестными психозами с параноидной и кататонической симптоматикой.

A.Simko (1968) хронически протекающие навязчивые состояния описывал в рамках «неразвившегося эндогенного психоза». При этом по мере развития негативных расстройств ОФР теряли эмоциональную окрашенность, замещались сенесто-ипохондрическими состояниями. При относительно благоприятном течении болезнь затрагивала наиболее дифференцированные функции психической деятельности, а пациенты приспосабливались к ОФР с помощью «невротической защиты» в виде «излишне скрупулезного соблюдения жизненного распорядка». Прогноз был тем лучше, чем раньше формировалась эта защита.

T. Vanggaard (1978) понимал псевдоневроз как эндогенное, но отличное от шизофрении, заболевание, с характерными изменениями личности в виде аутизма с эксцентричностью поведения, амбивалентностью, эмоциональным обеднением. Автор считал, что пациенты часто «как бы эксплуатируют» свои болезненные расстройства с целью облегчения состояния. Так, в ситуациях, где обостряются фобии, больные переключают внимание и начинают думать о посторонних явлениях, не связанных с основными проявлениями заболевания (т.е. идеаторные ритуалы по типу «навязчивого мудрствования» замещают панические атаки), а больные с хроническими компульсиями регламентируют контакты с окружающими, чтобы «уменьшить эмоциональное напряжение».

А.Б.Смулевич (1987) выделял в рамках малопрогрессирующей шизофрении «псевдоневрозы», для которых было характерно отсутствие тесной связи с психической травмой, стереотипно-автоматизированный

характер расстройств, их «первичная безаффективность». Формировались эти состояния при непрерывном развитии или после шубов. Тенденция к расширению ОФР наблюдалась лишь в периоды обострений, протекающих в виде циклотимоподобных фаз. С годами навязчивости при псевдоневрозе стереотипизировались, преобладала не тенденция борьбы с ними, а «приспособление», усиливались психастеноподобные проявления, эмоциональная дефицитарность. О шизофренической природе «псевдоневрозов» свидетельствовало также обнаружение рудиментарных психотических симптомов, гетерономных сенестопатий, аутопсихической и аллопсихической деперсонализации.

А.В.Шахламов (1989) выделял три варианта шизофрении, протекающей по типу псевдоневроза: 1) с преобладанием изолированных ипохондрических фобий и реакции избегания; 2) с преобладанием истерофобий, усложняющихся за счет навязчивых представлений и конверсионных расстройств; 3) с доминированием отвлеченных навязчивостей и ритуалов. Течение псевдоневроза носило непрерывный или приступообразный характер.

В ряде публикаций случаи с длительными навязчивыми состояниями рассматриваются в качестве «злокачественной болезни навязчивостей», возникающей по эндогенным механизмом, но отличной от неврозов и шизофрении (Н. Rumke, 1967, К.Kolle, 1967, J.Glatzel, 1973, А.Tashev, 1970).

Н. Rumke (1967) отличал «злокачественную болезнь навязчивостей» от невроза на основании отсутствия психогенного фактора при манифестации ОФР, а от шизофрении – в связи с отсутствием на всем протяжении болезни психотических эпизодов. Некоторые ОФР (в качестве примера автор приводил мизофобию) могли по степени овладения сознанием «напоминать бред», но ритуалы свидетельствовали о навязчивой природе этих феноменов. Он подчеркивал медленную прогрессию заболевания с появлением чудачеств, эмоциональной холодности и заостренности личностных проявлений. J.Glatzel (1973) отмечал крайне благоприятное течение obsessions с преобладанием ритуалов, причем социальная дезадаптация больных

нарастала как за счет негативных изменений, так и самих ритуалов. А.Тashev (1970) обратил внимание на хроническое течение заболевания с периодическими обострениями. При этом фобии возникали после психических травм, и в дальнейшем сопровождались усилением личностных черт, снижением интеллектуальных функций, потерей трудоспособности.

В свете нашего исследования особый интерес представляют исследования отечественных авторов 60-80-х гг. прошлого века, изучавших особенности синдрома навязчивостей при шизофрении (Л.И. Головань, 1965, М.Б.Данилова, 1966, Г.П.Пантелеева, 1966, Г.И. Завидовская, 1971, М.В.Воловик, 1972, Ю.Т.Джангильдин, 1983, М.Х. Кажаров, 1983, А.А.Шюркуте, 1987, А.Б.Смулевич, 1983, Е.А.Воронцова 1988, О.П.Вертоградова, 1998).

Л.И.Головань (1965) в рамках вялотекущей шизофрении с навязчивостями выделила две группы расстройств: 1) «моносимптоматические» навязчивости и 2) «полиморфные» навязчивости, при которых встречались одновременно чувственные (фобии, контрастные представления, влечения) и отвлеченные обсессии (навязчивое мудрствование, счет). У последней группы больных болезнь протекала более благоприятно, при этом закономерности в порядке смены чувственных навязчивостей отвлеченными автором обнаружено не было. У ряда больных полиморфные навязчивости являлись лишь одним из компонентов общего полиморфизма синдромов и могли замещаться другими синдромами (сенесто-ипохондрическим, дисморфофобическим, деперсонализационным). Редукция навязчивостей от полиморфного к моносимптомному характеру коррелировала с усилением прогрессивности процесса.

М.Б.Данилова (1966) также выделяла монотематические и полиморфные навязчивости. При монотематических навязчивостях она наблюдала выраженные шизофренические изменения личности. При полиморфных ОФР изменения личности нарастали более медленно. При этом, чем дольше обсессии сохранялись в клинической картине, тем мягче было течение

процесса. Почти у половины больных, преимущественно с монотематическими навязчивостями, автор наблюдала переход навязчивостей в бред и автоматизмы. При этом бредовые расстройства «в содержании отражали переживания обсессивного характера».

Г.И.Завидовская (1971) выделяла две группы навязчивых состояний в рамках «благоприятно текущей шизофрении с навязчивостями»: «изолированный навязчивый процесс» и полиморфные навязчивости. Первый тип синдрома был представлен агорафобическими страхами и социофобиями, характеризовался непрерывным течением с медленной прогрессивностью процесса. Второй тип синдрома был характерен для контрастных мыслей и образных представлений, навязчивых влечений и острых пароксизмов фобий. Обострения ОФР характеризовались нарастанием тревоги и значительным расширением круга навязчивых ассоциаций, напоминавших острые бредовые состояния. Для этих больных было характерно приступообразно-прогрессивное течение заболевания. Прогноз полиморфных навязчивостей был хуже, чем мономорфных. Следует также отметить, что вышеназванные исследователи оперируют, по-видимому, различным клиническим материалом. Л.И.Головань к моносимптоматическим навязчивостям, имеющим неблагоприятный прогноз, относит преимущественно больных с выраженными ритуалами (двигательными компульсиями в современном понимании), а Г.И.Завидовская в рамках «благоприятно текущей шизофрении» вообще не рассматривает этот контингент больных.

Г.П.Пантелеева (1966, 1968) отметила, что при шизофрении с «клиническими изменениями психастенического круга» возможно усиление полиморфизма симптоматики за счет присоединения других ОФР (компульсий, ипохондрических фобий), депрессивных состояний и бредовых расстройств. При этом, чем дольше доминировали психастенические симптомы, тем лучше был прогноз.

М.В.Воловик (1972) описал шесть групп навязчивых состояний при шизофрении: псевдоневротические, ананкастические, астенические,

дисморфофобические, истероформные фобии и визуализированные навязчивые представления. У больных с психастеническими чертами происходило преобразование ОФР в стереотипии и двигательные ритуалы, а у больных с шизоидным преморбидом «выявлялась тенденция к переходу навязчивостей в бред».

А.А.Шюркуте (1987) выделяла два типа навязчивостей при шизофрении. Первый тип ОФР характеризовался отсутствием ритуалов, приступообразным течением, преобладанием ипохондрических фобий и контрастных obsessions, а также «целенаправленными мерами защиты». Автор наблюдала трансформацию ипохондрических фобий в сверхценные образования, а контрастных obsessions и страха сумасшествия - в аффективно-бредовые состояния. Второй тип ОФР характеризовался прогрессивным течением, был представлен страхами заражения и загрязнения, навязчивыми сомнениями, которые видоизменялись в «двигательные ритуалы, напоминающие кататонические стереотипии».

Е.А.Воронцова (1988), описала два варианта шизофрении с навязчивостями у пациентов общесоматической поликлиники. Первый вариант («с относительно менее благоприятным течением») характеризовался аутохтонным возникновением приступов, в структуре которых преобладали социофобии и ипохондрические фобии, сочетающиеся с сенестопатиями и деперсонализацией. При втором варианте («с относительно более благоприятным течением») ипохондрические фобии возникали вслед за реактивными провокациями, а страх сумасшествия носил транзиторный характер. В дальнейшем автор наблюдала преимущественно приступы аффективной структуры.

Ю.Т. Джангильдин (1983) описал ОФР при разных формах течения шизофрении. В случае параноидной шизофрении отвлеченные навязчивости и ритуалы со временем вытеснялись галлюцинаторно-бредовыми состояниями. При вялотекущей форме доминировали аффективно-окрашенные ОФР. При приступообразно-прогрессивной шизофрении больных дебютировала

«деперсонализационно-фобическими раптусами». В дальнейшем нарастали аффективные нарушения, обострения могли носить преимущественно депрессивный характер, «сопровождаться симптомами острого психотического состояния». В межприступные периоды ОФР не редуцировались.

В ряде работ (М.Х.Кажаров, 1985, О.П.Вертоградова, 1998) изучались особенности сочетания различных ОФР и депрессий при шизофрении. Ипохондрические фобии при этом коррелировали с аффектом страха и тревоги, носили полиморфный характер, осложнялись агорафобией и лиссофобией. Контрастные obsessions отличались большой силой принуждения, были сопряжены с более глубоким уровнем тревожных депрессий, нередко сохранялись при нормализации аффективного состояния. Навязчивые сомнения выступали в связи с тоской и апатией, быстро осложнялись сложными ритуалами. Навязчивости с индифферентным содержанием (умственная жвачка, навязчивые мелодии, воспоминания) не обнаруживали корреляции ни с одним из аффектов.

Можно видеть, что исследователи убедительно доказали неоднородность навязчивых состояний при шизофрении, возможность появления ОФР как при непрерывно текущих, так и при приступообразных формах течения заболевания. Большинство авторов не ставят вопроса о правомерности выделения процессуально обусловленных ОФР. Другие же исследователи считают, что доминирование ритуалов и отвлеченных навязчивостей указывает на неблагоприятное течение эндогенного процесса. В некоторых работах подчеркивается, что прогрессивность заболевания может выражаться как в нарастании негативных изменений, так и в усилении полиморфизма симптоматики, в том числе за счет появления бредовых и кататонических синдромов.

1.2 Клинико-диагностические особенности невротических состояний с преобладанием ОФР

Авторы многих из цитированных выше работ указывали на известные дифференциально-диагностические трудности ограничения ОФР в рамках

шизофрении от навязчивостей невротической природы. Создается впечатление, что одна группа авторов (Л.И. Головань, Г.И. Завидовская, Е.А. Воронцова и др.) допускает диагностику шизофрении при доминировании однообразных ОФР, лишенных явной прогрессивности. Другие авторы (А. Simko, T. Vanggaard, H. Rumke) отрицали наличие шизофрении даже при прогрессивном развитии навязчивостей с нелепыми ритуалами и чертами эмоционально-волевого дефекта. Принятое в отечественной психиатрии понятие невроза навязчивых состояний по своей клинической сущности ближе всего стоит к понятиям реактивной психастении (P. Janet, 1903), невроза ожидания (E. Kraepelin, 1909), невроза тревоги (S. Freud, 1953). В связи с настоящим исследованием большой интерес представляют работы исследователей, посвященные особенностям психопатологии и динамики невротических состояний с преобладанием навязчивостей.

Представители швейцарской психиатрической школы в середине прошлого века провели длительные катамнестические исследования неврозов (Ch. Muller, 1953, K. Ernst, 1959, 1962, K. Ernst и C. Ernst, 1965, K. Ernst, H. Kind, M. Rotach-Fuchs, 1968, A. Robots, 1964, R. Tolle, 1966).

K. Ernst с соавт. (1959, 1962, 1965, 1968) выделили три типа течения неврозов. Для фазного течения характерна «большая трансформация синдромов», причем от приступа к приступу обнаруживалась «эндогенизация» симптоматики. При волнообразном течении спады «не достигали нулевой линии», выраженной трансформация синдромов не отмечалось. Хроническое течение неврозов характеризовалось «неизменностью состояния на протяжении десятилетий», больные «часто адаптировались к невротической симптоматике», у них «появлялась привычка к болезненным проявлениям». К факторам благоприятного прогноза неврозов авторы относили следующие: «жизнеспособность» преморбидной личности, острое начало, большой удельный вес в клинической картине аффективных расстройств. У больных с фазным течением ими нередко наблюдались «резидуальные невротические состояния» с «вялостью аффектов», падением энергетического потенциала,

отсутствием критики к состоянию. Авторы подчеркивали неспецифичность резидуальных состояний, считали, что они не зависят от нозологической природы заболевания. Н. Delkeskamp (1965) наблюдал появление на отдаленных этапах развития невротических своеобразных «конечных состояний»: пациенты старались отгородиться от мира, нарушалась их коммуникабельность, они становились эгоистичными. В качестве предикторов такого исхода он отмечал быстрое появление ритуалов, а также преобладание страхов загрязнения или заражения. Ch. Muller (1953) выделял «вялотекущий или волнообразный, приводящий к дефекту» тип течения «обсессивного невроза». При этом аффективно заряженные обсессии со временем сменялись «монотонной последовательностью навязчивых мыслей», на фоне которых иногда появлялись психотические симптомы, а ритуалы и двигательные навязчивости могли приводить к «дефектным» состояниям с отчетливыми дефицитарными изменениями личности. Автор допускает возможность перехода невроза навязчивостей в шизофрению. По мнению А. Б. Смулевича (1970), клиническая характеристика «резидуальных невротических состояний», «конечных состояний» и ряда других состояний заставляет усомниться в невротической природе этих расстройств.

Н. М. Асатиани с соавт. (1966, 1971, 1981) выделили три этапа развития невротических навязчивостей: 1) страх возникает только при непосредственном столкновении с травмирующей ситуацией; 2) фобии появляются уже в ожидании столкновения с травмирующей ситуацией; 3) фобии возникают под влиянием лишь представления о возможной встрече с травмирующей ситуацией. Неблагоприятная динамика невроза характеризовалась присоединением навязчивых сомнений, овладевающих представлений и контрастных влечений. К особенностям невротических ОФР они относили малый диапазон психопатологических нарушений, отсутствие деперсонализации, явлений психического автоматизма, а также то, что навязчивые страхи «не выходили за рамки физического и морально-этического ущерба», не было «символической защиты».

Н.Д. Лакосина с соавт. (1974, 1986, 1994, 1998) описали дифференциально-диагностические особенности невротических фобий и ОФР в рамках шизофрении. При неврозе навязчивых состояний на первых этапах авторы наблюдали лишь вегетативные реакции, которые в дальнейшем осложнялись сенсомоторными и аффективными расстройствами, и идеаторными мыслями об опасности. В качестве основы манифестного приступа у больных шизофренией авторы рассматривали чувство измененности «я», ощущение внутреннего разлада («витальная деперсонализация» по Е.Б. Беззубовой, 1988). При этом страх был лишен конкретного содержания, беден вегетативными симптомами, трудноотличим от сенестопатий, осложнялся дереализационно-деперсонализационными расстройствами. Авторы описали два варианта сочетания ОФР и депрессий при шизофрении. При малопрогрессирующем течении заболевания преобладали тревожные депрессии, при усилении аффективных расстройств ОФР теряли свою актуальность, но полностью не исчезали. При приступообразном течении фобические расстройства сочетались с деперсонализацией, депрессии расценивались больными как реакция на болезнь, однако они были «лишены психогенных особенностей». При редукции приступа фобии полностью исчезали. Авторы отмечали, что депрессии при неврозе навязчивых состояний носили апатический и тревожный характер, зависели от внешних причин, поддавались психотерапевтическому воздействию. Н.К.Липгарт (1965) также отмечала, что эпизодически возникающее у больных неврозом навязчивых состояний тоскливо-тревожное настроение тесно связано с ОФР: при их ослаблении «восстанавливался эмоциональный фон».

Т.Н.Соколова (1972) подчеркивала, что обнаружение контрастных obsessions при неврозе навязчивых состояний ухудшает прогноз. При шизофрении контрастные навязчивости отличались большой нелепостью и агрессивностью, встречались контрастные побуждения к реализации навязчивой мысли. При приступообразном течении шизофрении контрастные obsessions наблюдались автором только на высоте приступа. При непрерывном

течении шизофрении контрастные obsessions протекали упорно на протяжении ряда лет, безразличия к ним не возникало.

Е.С. Матвеева (1972) считала, что для невроза навязчивых состояний характерно присоединение навязчивых сомнений к уже имеющимся ипохондрическим фобиям, которые были тесно связаны с ними по фабуле, были склонны к затяжному течению. При вялотекущей шизофрении навязчивые сомнения при расцвете болезни характеризовались полиморфизмом, в дальнейшем же лишались аффективного компонента, становились «психологически непонятными», сближались с амбивалентностью.

О.Ф. Панкова (1988) отметила, что при неврозе навязчивых состояний в структуре пароксизмов преобладают не вегетативные, а аффективные и идеаторные проявления. Панические приступы на отдаленных стадиях болезни могут формироваться по типу «ожидания повторного криза».

С.Э. Поляков (1988) считал типичным для невротических фобий переход к генерализации навязчивых страхов с появлением вторичных фобий транспорта, открытых пространств, скопления людей в результате повторения в перечисленных ситуациях «запускающих» аффективно-вегетативных приступов.

И.И. Сергеев (1989, 2001, 2005) выделил 4 варианта патологических страхов: овладевающие, навязчивые, сверхценные и бредоподобные. Им же были выделены наиболее типичные варианты их динамики. Так, затяжная динамика неврозов, по мнению автора, может протекать как с тенденцией, так и без тенденции к прогрессированию. Как особый вариант затяжной динамики неврозов он выделяет стационарный вариант. При приступообразной динамике неврозов болезнь может протекать в виде однократного или повторных приступов. В межприступный период невротическая симптоматика полностью не редуцируется.

Таким образом, можно видеть, что исследователями были достаточно подробно разработаны вопросы психопатологии и дифференциальной диагностики невротических навязчивостей, как в целом, так и в отношении

отдельных вариантов, изучены варианты как благоприятной, так и неблагоприятной динамики ОФР в рамках невроза навязчивых состояний.

1.3 Обсессивно-фобические расстройства в свете международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10)

90-ые годы прошлого века ознаменовались внедрением в практику отечественной психиатрии МКБ-10. ОФР в этой классификации были включены в раздел F4 - «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Фобические состояния были отнесены к рубрике «тревожно-фобические расстройства» (F 40), которая включает агорафобию, социофобии, специфические фобии. Описание фобических нарушений встречается также в рубрике «другие тревожные расстройства» (паническое расстройство) и в рубрике «соматоформные расстройства» (ипохондрическое расстройство). Навязчивые состояния отнесены к рубрике «обсессивно-компульсивное расстройство» (ОКР), где выделяются следующие подгруппы: преимущественно навязчивые мысли, преимущественно компульсивные действия и смешанные обсессивные мысли и действия. Допускается наличие и переход различных синдромов от одного к другому как в пределах одной группы, так и в пределах различных диагностических рубрик (проблема коморбидности).

Представленная в МКБ-10 систематика ОФР во многом базируется на работах I.Marks (1969, 1970), который выделял два класса навязчивых состояний. Для первого класса ОФР (агорафобии, социофобии и специфические фобии) характерен страх ситуаций, внешних по отношению к пациенту. При втором классе ОФР (ипохондрические фобии, обсессивные страхи) источник страха находится внутри пациента («phobias of internal stimuli»), фобическое избегание нехарактерно. К обсессивным страхам он относил страхи заражения, загрязнения, контрастные мысли, которые часто осложнялись сложными ритуалами.

А.Б.Смулевич с соавт. (1998) предложили в рамках ОФР выделять две группы состояний: обсессии с реакцией избегания и обсессии с реакцией

повторного контроля. Для первой группы ОФР (агорафобия, страх заболеть неизлечимым заболеванием, страх возможного загрязнения, паническое расстройство) характерно преобладание вегетативных расстройств, обращенность тревоги «вперед», защитные действия в виде избегания патогенных ситуаций, создание мер, предотвращающим контакт с вызывающим страх объектом. Для второй группы obsessions характерно преобладание идеаторных расстройств, обращенность тревоги «назад», перепроверки, повторные действия, помешательство сомнений.

Рядом авторов (Н.М.Асатиани, 1966, И.И.Сергеев, 1993, D.Klein, 1987) описаны этапы формирования агорафобии. На первом этапе доминируют панические приступы с острыми ипохондрическими страхами. В межприступный период страхи не выявляются. На втором этапе формируется стойкое избегающее поведение, связанное со страхом повторения панического приступа. На третьем этапе происходит редукция панических приступов, круг фобического избегания сужается.

Л.Г.Дмитриева (1996, 2005) выделила два варианта агорафобии: первичную, при которой генерализации страхов происходит за счет повторения панических атак в новых ситуациях, достигая «панагорафобии» (страха выходить на улицу), и вторичную, когда уклонение от тех или иных ситуаций формируется до опыта столкновения с ними. Для агорафобии при шизофрении, по мнению автора, характерна невыраженность вегетативного компонента страхов, сложность и вычурность сенестопатий, присутствие деперсонализации, активное уклонение от фобических ситуаций. И.Э.Гушанский (1997, 1998) отметил несколько другие особенности агорафобии в рамках шизофрении: затяжной характер панических атак, отсутствие «чистых» межприступных промежутков, наличие гетерономных по отношению к агорафобии синдромов. Динамика агорафобии определялась замещением панических атак генерализованным тревожным расстройством с формированием панфобии или формированием астеноипохондрических расстройств.

А.М.Андреев (1999) полагал, что динамика агорафобии зависит от коморбидной психической патологии. Так, агорафобия, коморбидная сверхценной ипохондрии, характеризуется редкими паническими атаками, избеганием ограниченного круга определенных ситуаций, отсутствием признаков прогрессивности процесса. Для агорафобии, коморбидной навязчивой ипохондрии, характерны частые панические атаки с ипохондрическими страхами, сенестопатиями, избегание широкого круга ситуаций, выраженные психопатоподобные расстройства.

Иностранные авторы выделяли несколько типов панических атак: спонтанные, имеющие ситуационную предрасположенность панические приступы (отставлены от действия ситуационного триггера во времени), ситуационно спровоцированные приступы (развиваются сразу после действия триггерной ситуации), малые (симптоматически бедные) панические приступы (DSM-IV, 1994, M.Kyrios, 1997). G.Cassano (1989) считал, что наличие деперсонализации в структуре панической атаки коррелирует с более тяжелым течением болезни. Именно динамика панического расстройства, по мнению многих исследователей, определяет прогноз агорафобии (D.Klein, 1987, M.Basoglu, 1992 и др.) В качестве прогностически неблагоприятных признаков агорафобии с паническим расстройством назывались следующие: частые и длительные панические атаки (R.Noyes, 1991, R.Hallam, 1978, D.Charney, 1986), преобладание ситуационных панических приступов над малыми приступами (DSM-IV, 1994), большой удельный вес коморбидных депрессивных (M.Stein, 1990, T.Bronisch, 1990, B.Cox, 1994) и личностных расстройств (M.Mavissakalian, 1992, R.Noyes, 1991).

Многие авторы описывали панические атаки в качестве коморбидного психотической шизофренического расстройства (N.Argyle, 1990, S.Hofmann, 1999, C.Chen, 2001, R. Goodwin, 2002, R.Braga, 2004, J.Muller, 2004). Появление панического расстройства и агорафобии при психотической шизофренической сочеталось с более высоким уровнем агрессивности больных (C.Chen, 2001), другими психическими расстройствами, повышенным суицидальным риском

(R. Goodwin, 2002), утяжелением негативных расстройств (N. Argyle, 1990), а редукция агорафобии приводила к смягчению продуктивной симптоматики (R. Braga, 2004, J. Muller, 2004).

Общепринятым является разделение социальных фобий на генерализованный и изолированный подтипы (M. Liebowitz, 1985, DSM-IV, 1994). Коморбидность социофобии и психотической шизофрении достигает 15% (S. Pallanti, 2004). Имеются противоречивые данные относительно влияния социофобии на основные шизофренические симптомы: одни исследователи не выявляли такой связи (S. Pallanti, 2004, M. Voges, 2005), другие полагали, что социофобия утяжеляет течение шизофрении с преобладанием позитивных расстройств (G. Cassano, 1998, J. Huppert, 2005), и несколько смягчает психопатоподобные расстройства (J. Huppert, 2005). Многие исследователи отмечали отрицательное влияние социофобии на качество жизни больных шизофренией (J. Huppert, 2005, R. Braga, 2005).

Д.В. Ястребов (1999, 2000) выделял два варианта социофобии в рамках шизофрении. При первом варианте болезнь дебютировала шизоаффективным приступом, в структуре которого доминировали ОФР и деперсонализация. В дальнейшем на первый план выходили явления социальной фобии, шизофренический процесс характеризовался вялым непрерывным течением. При втором типе панические атаки возникают в любых обстоятельствах, связанных с появлением на людях.

Высокая коморбидность фобических расстройств друг с другом и с депрессиями отмечалась в многочисленных исследованиях (DSM-IV, 1994, А.В. Андрющенко, 1994, 1995, О.П. Вертоградова, 1998, А.А. Шмилович, 1999). А.А. Шмилович (1999) считал, что для агорафобии, коморбидной социофобии, характерен страх поездок в транспорте в часы пик. По мнению автора, появление контрастных obsessions приводит к расширению транспортных фобий и появлению страха сумасшествия, а агорафобия нередко осложняется овладевающими представлениями. О.П. Вертоградова (1998) показала, что ОФР возникают преимущественно на начальных или заключительных этапах

депрессивных состояний, при углублении депрессии ОФР часто сглаживаются. А.В.Андрющенко (1994) выделила три типа коморбидности депрессий и ОФР. При первом типе коморбидности в процессе развития циркулярных депрессий автор наблюдала навязчивые сомнения и контрастные obsессии, которые редуцировались вместе с улучшением настроения; при втором типе тревожные депрессии невротического уровня носили вторичный по отношению к агорафобическим страхам характер; при третьем типе коморбидности мизофобии и атипичные депрессии не обнаруживали устойчивых связей друг с другом.

Чаще всего выделяют следующие подгруппы ОКР (S.Khanna, 1990, DSM-IV, 1994): 1) obsессии: мизофобии («obsессии загрязнения»), патологические сомнения, агрессивные или контрастные влечения, «obsессии симметрии», навязчивые представления; 2) компульсии: двигательные ритуалы (мытьё рук, перепроверки, потребность приводить все в порядок) и вербальные ритуалы (счет, молитвы, повтор определенных слов). Отмечается, что у 65,0% больных ОКР имеет прогрессирующий характер, у 5,0% -эпизодическое течение с длительными ремиссиями (DSM-IV, 1994). В последние годы широко обсуждается концепция расстройств «obsессивно-компульсивного спектра», к которым, помимо ОКР, относят дисморфофобию, сенестопатии, деперсонализацию, импульсивные действия и ряд других состояний, при которых помогают селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (E.Hollander, 1993, S. McElroy, 1994, L. Koran, 1999).

ОКР встречается у 7%-13% больных с психотической шизофренией (J.Eisen, 1997, D.Ongur, 2005). Описывают несколько вариантов сочетания ОКР и расстройств шизофренического спектра: 1) ОКР предшествует манифестному шизоаффективному приступу («obsессивно-компульсивная шизофрения» по M.Hwang, 2000); 2) ОКР развивается в продромальном периоде или в любое время течения эндогенного процесса («шизоobsессивное расстройство» по J.Zohar, 1997): а) симптомы ОКР и шизофренией не перекрываются, б) ОКР перекрывается с позитивными симптомами

шизофрении; 3) индуцированные нейролептиками преходящие ОКР; 4) шизотипический подтип ОКР (I.Reznik, 2005, A.Bottas, 2005, K. Frommhold, 2006). М.Ройуровский (1999) показал, что симптомы ОКР на ранних этапах течения шизофрении обладают «протективным» эффектом в отношении психотических симптомов, и ассоциируются с более благоприятным прогнозом. Имеются противоречивые данные относительно связи ОКР и основных симптомов шизофрении. В ряде работ не обнаруживалось такой связи (I.Berman, 1998). В других публикациях отмечалось, что присоединение ОКР приводит к утяжелению позитивных симптомов и депрессивных расстройств (P. Lysaker, 2000, L.de Naan, 2005, B.Kayahan, 2005, D.Ongur, 2005), либо негативной симптоматики (M.Hwang, 2000), более быстрой социальной дезадаптации и более длительным срокам госпитализации (M.Ройуровский, 2001, I. Berman, 1998), чем при шизофрении без ОКР. Т.Insel (1986) описывал «параноидную трансформацию obsessions» в рамках «obsessive-compulsive disorder с психотическими чертами». А.О'Dwyer (2000), изучая «атипичное» ОКР, обнаружил тесную связь бредовых феноменов не только с obsessive-compulsive disorder, но и с особенностями ритуалов.

В работах отечественных авторов последних лет изучаются различные подтипы ОКР, преимущественно, в рамках вялотекущей шизофрении (И.Ю.Дороженок, 1999, М.Д.Ефремова, 2001, Е.В.Колоцкая, 2001, 2002, Б.А.Волель, 2003, С.Ю.Стась, 2006).

И.Ю.Дороженок (1999) считал типичным для шизофрении замещение танатофобии и лиссофобии на высоте фобического приступа контрастными obsessions. В дальнейшем он наблюдал быстрое формирование избегающего поведения, при этом контрастные навязчивости постепенно редуцировались. С.Ю.Стась (2006) описывал своеобразный континуум контрастных obsessions при шизофрении. На одном полюсе он поместил навязчивые влечения со страхом потери контроля над собой и возможным совершением деструктивных действий («проспективные контрастные obsessions»), с преимущественно эпизодическим типом течения. На другом полюсе - ананкастные расстройства

круга навязчивостей повторного контроля («ретроспективные контрастные obsessions»), где доминируют опасения причинения непреднамеренного вреда окружающим, при этом течение навязчивостей - хроническое.

М.Д.Ефремова (1997, 2001) выделила два типа ОКР с явлениями мизофобии: 1) obsessions внешней угрозы, представленные страхом возможного контакта с патогенными агентами и сложной системой ритуалов, направленных на предотвращение заражения, и 2) obsessions загрязнения, когда ритуалы сводятся к мытью рук и к перепроверке «стерильности» своего тела и предметов, сочетаются с сомнениями в законченности действий. Анализируя случаи сочетания мизофобии с бредовыми идеями, автор отмечала, что возникающие бредовые феномены по структуре напоминают бред «малого размаха».

Е.В.Колюцкая (2001, 2002) в рамках вялотекущей неврозоподобной шизофрении выделяла панфобии, при которых по мере редукции панических приступов на первое место выходила «пантревога» и негативные расстройства, и «ритуализированные фобии», где, несмотря на уменьшение панических приступов, происходило расширение ситуаций фобического избегания и нарастали психопатоподобные расстройства. При злокачественной юношеской шизофрении автор наблюдала obsessions экстракорпоральной угрозы, где доминировали сложные ритуалы, сопровождавшиеся мыслями о «потенциальной опасности» окружающего мира, а дефицитарные нарушения сочетались с тотальным избеганием.

Таким образом, несмотря на большой объем исследований, посвященных особенностям шизофрении с ОФР, остается открытым ряд принципиально важных вопросов. Анализ работ иностранных авторов показал, что навязчивости изучаются преимущественно при психотической шизофрении, доминирует феноменологический подход, недостаточно разработаны вопросы течения шизофренического процесса. В работах отечественных авторов, выполненных в последние годы, изучались преимущественно отдельные подгруппы ОФР при шизофрении. Мало сведений о структуре коморбидных

связей между ОФР и другими психопатологическими синдромами. Остаются противоречивыми данные о типах течения шизофрении с навязчивостями. Подробно изучен лишь непрерывный тип динамики ОФР, другим же типам динамики навязчивостей уделяется сравнительно мало внимания. Остается открытым вопрос о возможности диагностики шизоаффективных приступов, вся симптоматика которых исчерпывается ОФР. Новые исследования феноменологии и динамики множественных тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств при различных типах течения шизофрении должны способствовать совершенствованию прогноза и лечения этих состояний.

ГЛАВА II

ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛОВ И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для изучения психопатологии и динамики множественных тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств при состояниях шизофренического спектра, а также для выявления коморбидных соотношений между ними и другими психопатологическими расстройствами, обследованы 67 больных. Группу сравнения составили 25 больных с обсессивно-фобическими расстройствами, развивающимися в рамках невроза навязчивых состояний. Все больные находились на стационарном лечении в Московской городской клинической психиатрической больнице №1 им. Н.А. Алексеева (главный врач – профессор, д.м.н. В.Н.Козырев) в период с 2002 г. по 2006 г.

В МКБ-10 ОФР входят в раздел F-4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», который включает следующие рубрики: 1) F-40.0 «Агорафобия»; 2) F-40.1 «Социальные фобии»; 3) F-40.2 «Специфические фобии»; 4) F-41.0 «Паническое расстройство»; 5) F-42.0 «Обсессивно-компульсивное расстройство»; 6) F-45.2 «Ипохондрическое расстройство» (нозофобии).

Критерии отбора: 1) наличие в статусе тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств, которые у каждого больного соответствовали критериям трех и более вышеперечисленных диагностических рубрик МКБ-10; 2) включались больные с расстройствами шизофренического спектра (рубрики F.21, F.23, F.25) и, как группа сравнения, – пациенты с неврозом навязчивых состояний; 3) возраст обследованных больных на момент первичного обследования был в диапазоне от 18 до 60 лет.

Не включались пациенты, у которых наблюдалось менее трех расстройств, соответствующих изучаемым рубрикам МКБ-10, а также больные, страдающие алкоголизмом, маниакально-депрессивным психозом, экзогенно-органическими заболеваниями.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический. Все больные, включённые в выборку, обследованы в стационаре и находились под динамическим наблюдением на протяжении всего срока госпитализации.

Катамнестически обследовано 53 больных (57,6%) со сроком катамнеза от 1 до 3 лет. Катамнестическое обследование проводилось при повторных поступлениях больных в стационар, а также при амбулаторных посещениях.

Типологическая систематика, разработанная в настоящем исследовании, основывается на выделении психопатологически самостоятельных вариантов полиморфных навязчивостей. Так же учитывались сопряженные с психопатологической структурой клинические данные в отношении коморбидности с другими психопатологическими состояниями и закономерностей динамики.

В таблице 1 дается сопоставление возраста больных ко времени манифестации ОФР и возраста пациентов ко времени нашего наблюдения в группе больных с расстройствами шизофренического спектра и в группе больных неврозом навязчивых состояний.

Таблица 1. Сопоставление возраста больных ко времени манифестации ОФР и ко времени нашего обследования

	Манифестация ОФР		Возраст ко времени первичного обследования	
	ОФР при шизофрении абс.(%)	Неврот. ОФР абс.(%)	ОФР при шизофрении абс.(%)	Неврот. ОФР абс.(%)
Ср. возраст (M±s)	22,6±9,1	26,5±8,1	33,8 ±8,9	36,5 ±10,8
6-15 лет	13 (19,4)	1 (4,0)	-	-
16-25	33 (49,2)	13 (52,0)	18 (26,4)	4 (16,0)
26-35	17 (25,4)	6 (24,0)	24 (35,8)	11 (44,0)
36-45	4 (6,0)	4 (20,0)	14 (20,9)	6 (24,0)
> 46	-	-	11 (16,4)	4 (16,0)
Всего	67 (100,0)	25 (100,0)	67 (100,0)	25 (100,0)

Манифестация ОФР у больных с расстройствами шизофренического спектра в 68,6% наблюдений приходится на возраст младше 25 лет. Возраст пациентов ко времени нашего первичного обследования в 73,1% случаях составляет от 26 до 46 лет и старше, что свидетельствует о длительности заболевания и дает возможность проследить динамику ОФР. У пациентов с невротическими навязчивостями наблюдаются сходные данные: в 56,0% наблюдений ОФР манифестируют у них в возрасте до 25 лет, а их возраст ко времени нашего наблюдения в подавляющем большинстве случаев (84,0%) составляет от 26 до 46 лет и старше. Средний возраст больных с расстройствами шизофренического спектра ко времени нашего первичного наблюдения составил 33,8±8,9 лет, а больных невротическими навязчивыми состояниями - 36,5±10,8 лет. Полученные результаты согласуются с результатами эпидемиологических исследований, указывающих на преобладание лиц молодого и среднего возраста среди больных с ОФР (L.Burns, G.Thorpe, 1972, M. Weissman, 1988, А.А.Шюркоте, 1987).

В таблице 2 показано распределение больных в соответствии с диагностическими категориями МКБ-10.

Таблица 2. Распределение больных в соответствии с рубриками МКБ-10

Рубрики МКБ-10	ОФР при шизофрении (n=67) абс. (%)	ОФР при неврозе (n=25) абс.(%)	P
агорафобия (F.40.0)	29 (43,2)	24 (96,0)	<0,001
социофобии (F.40.1)	22 (32,8)	9 (36,0)	0,89
специфические фобии (F.40.2)	17 (25,3)	4 (16,0)	0,70
ОКР (F.42.0)	50 (74,6)	6 (24,0)	0,005
паническое расстройство (F.41.0)	35 (52,2)	23 (92,0)	<0,001
ипохондрические фобии (F.45.2)	40 (59,7)	22 (88,0)	0,006

Как видно из таблицы, у больных с состояниями шизофренического спектра наиболее часто наблюдалось ОКР (74,6%). Преобладание среди пациентов шизофренией с навязчивостями ОКР согласуется с результатами других исследований, выполненных с учетом нозологического подхода (Г.И.Завидовская, 1971, Е.В.Колюцкая, 2001). У больных с невротическими расстройствами чаще всего диагностировалась агорафобия (96,0%). Паническое расстройство часто встречалось в обеих группах, но у больных неврозом навязчивых состояний оно явно преобладало (92,0% и 52,2%, $p < 0,05$). Панические атаки выступали как в качестве самостоятельного расстройства, являясь ведущей жалобой, так и выступали источником других видов фобий, в некоторых случаях утрачивая самостоятельность. Ипохондрические фобии также чаще встречались среди больных с невротическими расстройствами (59,7% и 88,0%, $p < 0,05$). Реже всего в обеих группах регистрировались специфические фобии, что может быть объяснено тем, что под наблюдением

были пациенты психиатрической больницы, а данные о высокой распространенности специфических фобий в популяции (10,0-11,0% по DSM-IV, 1994) были получены на амбулаторном материале.

Уже на этапе первичной обработки материала была выявлена существенная неоднородность выборки. Помимо различий, полученных при анализе полиморфных ОФР в соответствии с их нозологической принадлежностью, в пределах расстройств шизофренического спектра регистрируются различные по своему клиническому значению состояния. Были выделены 3 варианта полиморфных ОФР в соответствии с рубриками МКБ-10 (табл.3).

Таблица 3. Распределение больных шизофренией с различными вариантами полиморфных ОФР в соответствии с рубриками МКБ-10

Рубрики МКБ-10	1-й вариант (n=20) абс.(%)	2-й вариант (n=22) абс. (%)	3-й вариант (n=25) абс.(%)	Р (достов. различия)
агорафобия (F.40.0)	2 (10,0)	19 (86,4)	8 (32,0)	0,001* 0,004**

социальные фобии (F.40.1)	10 (50,0)	3 (13,6)	9 (36,0)	-
специфические фобии (F.40.2)	4 (20,0)	3 (13,6)	10 (40,0)	-
ОКР (F.42)	17 (85,0)	9 (40,9)	24 (96,0)	0,019* <0,001**
паническое расстр-во (F.41.0)	5 (25,0)	22 (100,0)	8 (32,0)	<0,001* <0,001**
ипохондрические фобии (F.45.2)	3 (15,0)	17 (77,3)	20 (80,0)	<0,013* 0,005***

*-сравнение больных с 1 и 2 вар-ми ОФР,**- сравнение больных со 2 и 3 вар-ми ОФР, ***- сравнение больных с 1 и 3 вар-ми ОФР.

В первом варианте преобладали ОКР (85,0%) и социальные фобии (50,0%). Во втором варианте паническое расстройство наблюдалось у всех больных, еще в 86,4% наблюдений встречалась агорафобия и в 77,3% - ипохондрические фобии. В третьем варианте преобладали ОКР (96,0%) и ипохондрические фобии (80,0%).

Таким образом, анализ клинико-динамических закономерностей навязчивостей при расстройствах шизофренического спектра позволил выделить три варианта полиморфных ОФР: 1) полиморфные абстрактные навязчивости (1-й вариант)-20 больных; 2) разнообразные, несущие эмоциональную окраску obsessions (2-й вариант)-22 больных; 3) смешанные навязчивости, включающие как абстрактные, так и эмоционально окрашенные obsessions (3-й вариант) – 25 больных.

Как видно из приведенной таблицы 2, ОКР занимают ведущее место в первой группе (85,0%) и в третьей группе (96,0%). Для уточнения классификационных особенностей мы разделили ОКР по рубрикам МКБ-10 (табл.4).

Таблица 4. Распределение больных в соответствии с рубриками ОКР в МКБ-10

Рубрики МКБ-10	1-й вариант (n=20)	2-й вариант (n=22)	3-й вариант (n=25)	Неврот. ОФР (n=25)
обсессивные мысли (F.42.0)	7 (35,0)	-	4 (16,0)	-
компульсивные действия (F.42.1)	12 (60,0)	1 (4,5)	2 (8,0)	-
смешанные обсессивные мысли и действия (F.42.2)	8 (40,0)	8 (36,4)	17 (68,0)	7 (28,0)

У больных с первым вариантом ОФР наиболее часто наблюдались компульсивные действия (60,0%), а у больных с третьей и вторым вариантами ОФР - смешанные обсессивные мысли и действия (68,0% и 36,4% соответственно). Такое деление не давало достаточно определенного представления о клинических особенностях наблюдаемых ОКР. В связи с этим мы разделили наблюдаемых больных с ОКР по клиническим проявлениям (таблица 5).

Таблица 5. Распределение больных в соответствии с выделенными подгруппами ОКР

Клинические подгруппы ОКР	1-й вар-т (n=20)	2-й вар-т (n=22)	3-й вар-т (n=25)	Неврот. ОФР (n=25)
навязчивые мысли (умственная жвачка)	7 (35,0)	-	7 (28,0)	-
контрастные мысли и влечения	1 (5,0)	4 (18,2)	18 (72,0)	4 (16,0)

мизофобии	9 (45,0)	-	-	-
обсессивные мысли и ритуалы (сомнения, представления)	9 (45,0)	7 (31,8)	6 (24,0)	3 (12,0)

Среди больных с полиморфными абстрактными навязчивостями с одинаковой частотой встречаются мизофобии и обсессивными мысли и ритуалы (в 45,0% наблюдений в каждой подгруппе). Несколько реже выявляется умственная жвачка (35,0%). Преобладание абстрактных навязчивостей среди всех ОФР («формальное навязчивое мышление» по Jaspers К., 1973), послужило поводом к выделению этого варианта полиморфных навязчивостей. У пациентов с разнообразными, несущими эмоциональную окраску обсессиями, чаще регистрировались образные (по Jaspers К., 1973) навязчивости: обсессивные мысли и ритуалы (31,8%) и контрастные навязчивости (18,2%). При смешанных навязчивостях значительно преобладали контрастные мысли и влечения (72,0%). При невротических навязчивостях симптомы ОКР встречались нечасто.

При ретроспективном изучении условий манифестации и развития различных вариантов полиморфных навязчивостей при расстройствах шизофренического спектра и невротических навязчивых состояний были рассмотрены следующие параметры: возраст пациентов ко времени манифестации навязчивостей и ко времени первичного обследования, давность возникновения ОФР, наследственная отягощённость, преморбидная структура личности, динамика синдрома навязчивостей.

Возраст больных ко времени манифестации навязчивостей представлен в таблице 6.

Таблица 6. Возраст пациентов ко времени манифестации ОФР

Возраст (года)	1-й вариант абс.(%)	2-й вариант абс.(%)	3-й вариант абс.(%)
Средний возраст (M±s)	16,6±8,1*	26,4±7,9	24,1±8,6

6-15 лет	11 (55,0)	1 (4,5)	1 (4,0)
16-25	5 (25,0)	12 (54,5)	16 (64,0)
26-35	2 (10,0)	8 (36,5)	7 (28,0)
> 36	2 (10,0)	1 (4,5)	1 (4,0)
Всего	20 (100,0)	22 (100,0)	25 (100,0)

* - $p < 0,001$

Различия по возрасту манифестации ОФР между отдельными вариантами оказались статистически достоверны ($p < 0,001$). У больных с полиморфными абстрактными навязчивостями их манифестация в 55,0% случаев приходилась на возраст до 15 лет. У пациентов с разнообразными, несущими эмоциональную окраску обсессиями, манифестация ОФР наблюдалась на 10 лет позднее: в 54,5% в возрасте до 25 лет и в 91,0% - в возрасте 16-35 лет. У больных со смешанными навязчивостями ОФР в 64,0% наблюдений дебютировали во возрасте 16-25 лет и в 92,0% случаев в возрасте 16-35 лет.

Распределение больных по давности возникновения ОФР отражены в таблице 7.

Таблица 7. Распределение больных по давности возникновения навязчивостей

Давность возникнов-я (года)	1-й вар-т абс.(%)	2-й вар-т абс.(%)	3-й вар-т абс.(%)	Больные шизоф-й абс.(%)	Неврот. ОФР абс.(%)
ср.длит.(M±s) (min.-max.)	17,2±10,3* (2-45)	10,1±9,1 (0,5-29)	6,3±8,6 (0,04-18)	10,8±10,2 (0,04-45)	9,5±10,0 (1-43)
0,04-4	2 (10,0)	9 (40,9)	16 (64,0)	27 (40,3)	10 (40,0)
5-10	4 (20,0)	4 (18,2)	5 (20,0)	13 (19,4)	8 (32,0)
11-20	5 (25,0)	5 (22,7)	3 (12,0)	13 (19,4)	5 (20,0)

>21	9 (45,0)	4 (18,2)	1 (4,0)	14 (20,9)	2 (8,0)
Всего	20 (100,0)	22 (100,0)	25(100,0)	67 (100,0)	25 (100,0)

*- p=0,001

Различия между вариантами по давности возникновения навязчивостей статистически достоверны (p=0,001). Как видно из таблицы 7, наибольшая длительность навязчивостей наблюдалось при первом варианте: у 70,0% больных ОФР длились более 10 лет, причем у 45,0% из них – более 20 лет. Большая длительность навязчивостей в первом варианте соотносилась с вялом непрерывном течении болезни. Во втором варианте у 59,1% пациентов ОФР длились более 10 лет, а в 40,9% наблюдений их длительность не превышала 5 лет. Наиболее короткий период отмечался у больных с третьим вариантом: длительность ОФР у них в 64,0% случаев составляла менее 5 лет. Это можно объяснить остротой возникновения ОФР в третьем варианте, сопровождающихся нарушениями поведения и острой психотической симптоматикой.

В таблице 8 представлены данные о наследственной отягощенности пациентов.

Таблица 8. Распределение больных в зависимости от наследственной отягощенностью

	Отягощенность				Отсут- ствие
	ОФР абс. (%)	Эндог. б-ни абс. (%)	алкоголизм абс. (%)	Всего абс. (%)	
1-й вариант (n=20)	2 (10,0)	6 (30,0)	1 (5,0)	9 (45,0)	11 (55,0)
2-й вариант (n=22)	-	3 (13,6)	7 (31,8)	10 (45,5)	12 (54,5)

3-й вариант (n=25)	2 (8,0)	8 (32,0)	7 (28,0)	17 (68,0)	8 (32,0)
Больные шиз-й (n=67)	4 (6,0)	17 (25,4)	15 (22,3)	36 (53,7)	31 (46,3)
Неврот. ОФР (n=25)	2 (8,0)	4 (16,0)	6 (24,0)	12 (48,0)	13 (50,0)

Как видно из приведенной таблицы, у больных с расстройствами шизофренического спектра наследственная отягощенность наблюдалась в 53,7% случаев. У 1/3 больных с первым и третьим вариантами ОФР отмечалась отягощенность по эндогенным заболеваниям. У больных со вторым вариантом ОФР и у больных невротиками чаще всего выявлялась наследственная отягощенность алкоголизмом (31,8% и 24,0% соответственно). Следует отметить невысокую отягощенность ОФР как у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, так и у больных невротиками (6,0% и 8,0% соответственно).

Различия между больными с различными вариантами ОФР были выявлены при анализе социально-демографических показателей больных (таблица 9).

Таблица 9. Социально – демографическая характеристика пациентов с расстройствами шизофренического спектра и больных невротиками

Показатель	1-й вариант (n=20) абс.(%)	2-й вариант (n=22) абс.(%)	3-й вариант (n=25) абс.(%)	Больные шиз-ей (n=67) абс.(%)	Неврот. ОФР (n=24) абс.(%)
Пол:					
мужчины	15 (75,0)	10 (45,5)	9 (36,0)	34 (50,7)	9 (36,0)
женщины	5 (25,0)	12 (54,5)	16 (64,0)	33 (49,3)	16(64,0)

Социальн. статус*					
постоянная работа	1 (5,0)	8 (36,4)	7 (28,0)	16 (23,8)	5 (20,0)
учащиеся	-	-	3 (12,0)	3 (4,6)	3 (12,0)
не работают	9 (45,0)	9 (40,9)	8 (36,0)	26 (38,8)	12 (48,0)
инвалиды по псих. заболеванию	10 (50,0)	5 (22,7)	7 (28,0)	22 (32,8)	5 (20,0)
Брачный статус					
замужем (женаты)	-	9 (40,9)	9 (36,0)	18(26,9)**	18 (72,0)
разведены	4 (20,0)	4 (18,2)	1 (4,0)	9 (13,4)	5 (20,0)
одинокие	16 (80,0)	9 (40,9)	15 (60,0)	40 (59,7)	2 (8,0)

*- $p=0,015$, **- $p<0,001$

Среди обследованных больных с расстройствами шизофренического спектра мужчины несколько преобладали над женщинами (50,7% и 49,3% соответственно). Среди больных неврозом преобладали женщины (64,0%). При сопоставлении социального статуса больных шизофренией и неврозом значительных различий не выявлено. Так, среди больных с расстройствами шизофренического спектра было больше инвалидов по психическому заболеванию, а среди пациентов с невротическими навязчивостями было больше неработающих лиц, но без группы инвалидности. Анализ показателей трудовой занятости выявил статистически достоверные различия между больными с разными вариантами навязчивостей ($p=0,015$). Наиболее неблагоприятный социальный статус наблюдался у больных с первым вариантом ОФР: среди них работал лишь 1 больной (5,0%), а 19 пациентов являлись инвалидами (50,0%) или не работали (45,0%). У пациентов со вторым и третьим вариантами ОФР аналогичные показатели были близки: при втором варианте постоянно работали 36,4% больных, а при третьем варианте работали или учились 40,0% пациентов. Инвалидность по психическому заболеванию при третьем варианте выше, чем при втором (28,0% и 22,7% соответственно). Большой процент неработающих лиц среди больных

неврозами, по-видимому, может быть обусловлен особенностями выборки: включались пациенты с полиморфизмом ОФР и со значительной длительностью заболевания.

Сходные соотношения были получены при анализе семейного положения изученных больных. Различия по показателям брачного статуса в группах больных с расстройствами шизофренического спектра и неврозом навязчивых состояний оказались статистически достоверными ($p < 0,001$). Наибольший процент одиноких лиц был среди больных с первым вариантом ОФР (80,0%). Высокий процент одиноких лиц среди пациентов с третьим вариантом ОФР (60,0%), по-видимому, можно объяснить их более молодым возрастом ко времени нашего наблюдения, по сравнению с другими больными. В группе больных с расстройствами шизофренического спектра показатель одиноких и разведенных составил 73,1%, у больных неврозом этот показатель составил лишь 28,0%. Все больные с первым вариантом ОФР были одиноки или разведены, в то время как пациенты со вторым и третьим вариантами сохраняли семью в 40,9% и в 36,0% случаях. Больные с невротическими ОФР характеризовались более благоприятным семейным статусом: 72,0% из них проживали в семьях.

Преморбидные особенности больных отражены в таблице 10.

Таблица 10. Преморбидные особенности личности

	1-й вариант абс. (%)	2-й вариант абс. (%)	3-й вариант абс. (%)	Невротич. ОФР абс. (%)	Всего абс. (%)
психастенич-ий	1 (5,0)	9 (40,9)	10 (40,0)	12 (48,0)	32 (34,7)
истерический	-	3 (13,6)	-	6 (24,0)	9 (9,8)
ананкастный	7 (35,0)	-	1 (4,0)	-	8 (8,8)
шизоидный	11 (55,0)	5 (22,7)	9 (36,0)	1 (4,0)	26 (28,3)
гармоничный	1 (5,0)	4 (18,3)	2 (8,0)	5 (20,0)	12 (13,0)
другие	-	1 (4,5)	3 (12,0)	1 (4,0)	5 (5,4)

Всего	20 (100)	22 (100)	25 (100)	25 (100)	92 (100)
-------	----------	----------	----------	----------	----------

У обследованных больных было выделено 5 основных вариантов преморбидного склада личности: психастенический, шизоидный, ананкастный, истерический и гармоничный. Подавляющее большинство больных с первым вариантом ОФР в преморбиде имели шизоидные (55,0%) и ананкастные черты (35,0%). У больных со вторым вариантом ОФР преобладали психастенические черты характера (40,9%). У пациентов с третьим вариантом ОФР в преморбиде несколько чаще выявлялись психастенические черты (40,0%), хотя доля лиц с преморбидными шизоидными чертами также была достаточно велика (36,0%). У больных неврозом навязчивых состояний в преморбиде встречались психастенические (48,0%), истерические (24,0%) и конформные черты (20,0%). Отдельные пациенты во всех группах преморбидно являлись epileptoидными, гипертимными, астеническими личностями.

Отличия между вариантами ОФР также выявлялись при анализе механизмов возникновения навязчивостей (табл. 11).

Таблица 11. Механизмы возникновения ОФР

	1-й вариант абс. (%)	2-й вариант абс. (%)	3-й вариант абс. (%)	Больные шизофрен-й абс.(%)	Неврот. ОФР абс. (%)
спонтанное	15 (75,0)	9 (40,9)	15 (60,0)	39 (58,2)*	4 (16,0)
внезапные психотр-мы	5 (25,0)	5 (22,7)	8 (32,0)	18 (26,9)	14 (56,0)
биологич. вредности	-	8 (36,4)	2 (8,0)	10 (14,9)	7 (28,0)
всего	20 (100,0)	22 (100,0)	25 (100)	67 (100)	25 (100,0)

*- различия между больными шизофренией и неврозом достоверны ($p < 0,05$)

Полиморфные абстрактные навязчивости и смешанные ОФР в большинстве наблюдений дебютировали спонтанно (75,0% и 60,0% соответственно). При разнообразных, несущих эмоциональную окраску

обсессиях, аутохтонная манифестация ОФР встречалась у 40,9% больных. У данных больных достаточно часто развитию ОФР предшествовали однократные биологические вредности в виде алкогольной интоксикации, аборт, чрезмерного употребления кофе, физического переутомления (36,4% наблюдений). Острые психотравмы предшествовали дебюту навязчивостей в соотносимом проценте наблюдений у больных с разными вариантами ОФР, и, как правило, носили условно-патогенный для личности характер. У больных невротизмом манифестации ОФР чаще всего (58,2%) предшествовали значимые для данной личности психотравмирующие события (известия о смерти близкого родственника, разрыв отношений с женой и т.д.).

Выделены следующие варианты динамики полиморфных навязчивостей: 1) непрерывная, прогрессивная; 2) перемежающе-поступательная; 3) приступообразная; 4) стационарное состояние (табл. 12).

Таблица 12. Варианты динамики полиморфных ОФР

	прогрессивная, непрерывная абс. (%)	перемежающе-поступательная абс. (%)	Приступообразная абс. (%)	Стационарное состояние абс. (%)
1-й вариант (n=20)	19 (95,0)	-		1 (5,0)
2-й вариант (n=22)	-	19 (86,4)		3 (13,6)
3-й вариант (n=25)	-	-	25 (100,0)	-
Больные шизофренией (n=67)	19 (28,4)	19 (28,4)	25 (37,2)	4 (6,0)
Невротизм ОФР (n=25)	-	23 (92,0)	-	2 (8,0)

При полиморфных абстрактных навязчивостях в подавляющем большинстве наблюдений (95,0%) встречалась прогрессивная динамика ОФР с неуклонным утяжелением и усложнением симптомов. Отмечавшаяся в ряде наблюдений волнообразность расстройств была выражена незначительно. У пациентов с разнообразными, несущими эмоциональную окраску обсессиями, преобладала перемежающе-поступательная динамика ОФР (86,4%) в виде волнообразности расстройств, утяжелении симптоматики под влиянием дополнительных вредностей, сохранении навязчивостей вне обострений. У больных со смешанными навязчивостями отмечалась приступообразная динамика с практически полным исчезновением ОФР по минованию приступа.

Степень выраженности ОФР определялась с привлечением стандартизированных оценочных шкал: шкала фобий в модификации Marks-Sheehan, шкала для обсессий и компульсий Y-BOCS. Использование данных шкал позволило оценить эффективность лечения, а также сопоставимость полученных данных с материалом других авторов.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 (Statsoft Inc.). Различия между выборками признавались достоверными при уровне статистической значимости $p \leq 0,05$.

ГЛАВА III

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА ПОЛИМОРФНЫХ АБСТРАКТНЫХ НАВЯЗЧИВОСТЕЙ С НЕПРЕРЫВНЫМ ТЕЧЕНИЕМ

Полиморфные абстрактные навязчивости регистрировались в рамках шизофрении с непрерывным прогрессивным течением в 20 наблюдениях (29,9% от всех больных шизофренией) и были представлены различными группами ОФР. Преобладали пациенты с ОКР (85,0%) и социальными фобиями (50,0%). Среди ОКР чаще всего регистрировались различные компульсии, патологические сомнения и навязчивые представления. Социальные фобии лишь в 3 наблюдениях (15,0%) доминировали в клинической картине на всем протяжении заболевания, касались всех ситуаций, связанных с появлением на людях, обостряли другие ОФР («генерализованный подтип» социофобии, M.Liebowitz, 1985). У остальных пациентов социальные фобии касались лишь конкретных ситуаций, занимали подчиненное по отношению к симптомам ОКР положение, или встречались в дебюте болезни. Другие варианты навязчивостей встречались значительно реже: паническое расстройство (25,0%), специфические фобии (20,0%), ипохондрические фобии (15,0%), агорафобия (10,0%). Панические атаки никогда не возникали спонтанно. Ипохондрические фобии были представлены лиссофобией и неопределенным «анксиозным» страхом, носили изолированный характер. Хотя реакции «фобического избегания» регистрировались в половине наблюдений (50,0%), они не оценивались как агорафобия, т.к. носили вторичный по отношению к другим расстройствам характер. В двух наблюдениях (10,0%) агорафобические страхи проявлялись в виде страха пользоваться лифтом, и выступали в качестве своеобразных «невротических наслоений» на фоне эндогенного процесса (Л.Г.Дмитриева, 1996).

Среди данных пациентов преобладали мужчины (75,0%). Средний возраст манифестации ОФР составил $16,6 \pm 8,1$ лет, что согласуется с работами

других авторов (S.Rasmussen, 1986, D.Black, 1996, Г.И.Завидовская, 1971, Е.В. Колюцкая, 2001). Средний возраст пациентов ко времени первичного обследования составил $33,8 \pm 8,9$ лет. Средняя длительность течения ОФР ко времени нашего наблюдения составила $17,2 \pm 10,3$ лет, т.е. можно говорить о хроническом течении расстройств. E.Hollander (1993) также отмечал, что разрыв между первыми симптомами ОКР и правильным установлением диагноза составляет 17 лет. Анализ социально-демографических показателей подтверждает положение о неблагоприятном течении заболевания: 95,0% пациентов являлись инвалидами по психическому заболеванию или не работали более года, ни один из пациентов на момент обследования не состоял в браке.

Психопатологически отягощённая наследственность выявлялась в 45,0% наблюдений. Разнообразные навязчивые состояния встречались у ближайших родственников лишь в 10,0% случаев, в то время как сведения о наличии эндогенных заболеваний среди ближайшего окружения были получены почти от трети больных (30,0%). В преморбиде пациенты отличались преимущественно шизоидными (55,0%) и ананкастными чертами (35,0%).

Манифестации ОФР у всех больных предшествовали разнообразные продромальные расстройства, которые рассматривались как начальная стадия болезни. В подростковом возрасте у них появлялась склонность к самоанализу, стремление к разрешению абстрактных проблем при отсутствии соответствующих знаний («в чем смысл жизни», «что будет, когда я умру» и т.д.), увлечения сочинениями разных философов (состояние «метафизической интоксикации» по Л.Б. Дубницкому, 1977). Это сопровождалось уменьшением продуктивности, затруднениями при контактах с окружающими. У других пациентов появлялась несвойственная им ранее нерешительность и неуверенность в своих действиях и поступках, трудности общения с чувством скованности и напряжения на людях, отказы посещать школу, обостренная рефлексия. Часто выявлялись сенситивные идеи отношения (мысли, что окружающие над ними смеются, обсуждают поведение), страх конкретных

ситуаций (отвечать устный урок у доски, завести личное знакомство). Подобные состояния описывались в отечественной психиатрии как «юношеский психастеноподобный симптомокомплекс» (Пантелеева Г. П., 1966), а в англоязычной литературе в качестве «социального тревожного расстройства» (DSM-IV,1994). Нередко манифестации ОФР предшествовали неразвернутые дисморфофобические идеи, никогда не достигающие бредового регистра. Следует заметить, что ко времени наблюдения дисморфофобическая симптоматика отмечалась лишь у трех больных (15,0%), хотя по некоторым данным коморбидность ОКР и дисморфофобии достигает 37,0% (E.Hollander, 1993). Аффективные расстройства в продромальном периоде характеризовались блеклостью, отсутствовали гипоманиакальные состояния, доминировали явления круга «негативной аффективности» (А.Б.Смулевич, 1997) в виде апатии, ангедонии, сужении круга интересов. У трех больных заболевание началось в ранний период (сенсомоторный и аффективный этапы развития психики по Г.К.Ушакову, 1973). Этим можно объяснить наблюдавшийся у них в ряде случаев инфантилизм и черты олигофреноподобного дефекта.

В большинстве наблюдений (75,0%) навязчивости дебютировали спонтанно, еще у четверти больных их возникновению предшествовали условно-патогенные психогенные воздействия в виде случайно полученных известиях о чьей-либо смерти, услышанных сообщений об «опасных» заболеваниях и т.д.

Полиморфные абстрактные навязчивости у наблюдаемых больных были разделены на две группы: obsessions с реакциями избегания и obsessions «повторного контроля».

Obsessions с реакциями избегания встречались в 10 наблюдениях, причем в семи случаях преобладали симптомы ОКР в виде мизофобии, а еще в трех – социофобии. Во всех случаях защитное поведение проявлялось в виде фобического избегания и сложных компульсивных ритуалов. В преморбиде пациенты отличались преимущественно шизоидными чертами. Мизофобии

характеризовались страхом загрязнения и заражения различными патогенными агентами – химическими веществами (стиральные порошки, средства для мытья посуды), мелкими предметами (осколки стекла, иголки, «особая» виды пыли, грязи) и бактериальной флорой. Следует отметить, что у них доминировали не тревожные опасения заболеть той или иной конкретной болезнью (СПИДофобии, гепатитофобия), а страх заболеть «вообще микробами», «глистами», «какой-либо инфекционной болезнью», опасением, что «разовьется сепсис», «попадут в организм занозы ржавчины» и т.д. Таким образом, речь шла не об ипохондрических фобиях, а о симптомах ОКР в виде страха внешней по отношению к пациенту угрозы («фобии внешней угрозы», М.Д.Ефремова, 2001). При этом больные не боялись наличия реального заболевания, не обращались по поводу своих страхов к врачам, не пытались разработать концепции проникновения в организм чужеродных веществ. Часто они подчеркивали, что «обычные» болезни и «обычная» грязь их не пугает, отмечали, что значительно лучше себя чувствуют в деревне, на дачном участке. Тем не менее, факт «патогенности» чужеродных агентов не подвергался сомнению, что проявлялась достаточно быстрым формированием системы защитных ритуалов. Эта система представлений о «потенциальной опасности» окружающего мира сопровождалась четкими концепциями относительно путей распространения патогенных субстанций и мерах борьбы с ними. Из-за страха перед возможностью загрязнения больные могли месяцами не покидать пределов квартиры. В случае крайней необходимости, они старались выходить на улицу только в дневные часы, одевали «максимально закрытую» одежду, а, находясь на улице, избегали скопления народа, людей в грязной одежде, старались ни к чему не прикасаться. При этом на улице они все равно испытывали «напряжение», страх, что окружающие могут «невольной» их загрязнить, заразить, «узнать», что у них на душе. По возвращении домой вся одежда подвергалась особой обработке, тщательно мылись руки, а часто и все тело. Некоторые пациенты заявляли, что «видели» микробов, «кишащих в воздухе», физически ощущали на себе «больничную грязь», при этом

старались ни к чему не прикасаться, держали часами руки в необычном состоянии, «чтобы не произошло заражение». Сходные состояния описывались как «навязчивые галлюцинации» (J.Seglas, 1892, В.А.Гиляровский, 1954). Другие ОФР, как правило, были тесно связаны с доминирующей мизофобической фабулой. Специфические фобии в виде оксифобии, уколов, еды из-за страха случайно проглотить «микробы», «случайно» заразиться, ситуационно спровоцированные панические атаки, патологические сомнения «обыденного» содержания, единичные хульные мысли возникали при генерализации мизофобии, преимущественно на начальных этапах заболевания. На отдаленных этапах болезни компульсивные ритуалы представляли набор привычных действий, обеспечивающие поддержание установившегося жизненного уклада, и подчиняющие жизнь не только самого больного, но его ближайшего окружения. Некоторые исследователи находили сходство между подобными ритуалами и кататоническими стереотипиями процессуального генеза (W. Jahrreiß, 1926, М.Б.Данилова, 1966, А.А.Шюркуте, 1987).

Также в подгруппу obsessions с реакциями избегания были включены 3 пациента с доминированием социальных фобий, которые по своим клинико-динамическим характеристикам были близки к рассмотренным выше больным с мизофобиями. Социофобии возникали в школьном возрасте, вначале принимая форму страха конкретных ситуаций (страх отвечать устный урок перед всем классом, завести личное знакомство), но уже к пубертатному возрасту страх возникал в любых ситуациях, связанных с необходимостью появляться на людях («генерализованная социальная фобия», M.Liebovitz, 1985). Страх касался или предполагаемого психического недостатка (окружающие заметят особенности «неадекватного» поведения, не смогут правильно ответить на «неожиданный вопрос») или мнимого физического недостатка (заметят их «впалую грудь», «трясущиеся» руки). В последнем случае дисморфофобии выступали в качестве коморбидного ОФР состояния. Фобическое избегание затрагивало все контакты с незнакомыми людьми. В

общественных местах, например, при необходимости сходить в магазин, устроиться на работу, нередко возникали ситуационно спровоцированные панические атаки (DSM-IV, 1994), часто с весьма необычными симптомами («в магазине глаза заволакивает туман», «появляется чувство растерянности»). Перед предстоящей встречей они «мысленно» прокручивали разговор с незнакомым человеком, прибегали к употреблению спиртного.

Среди obsessions «повторного контроля» (10 наблюдений) доминировали идеаторные ритуалы, заключающиеся в повторении пришедших в голову мыслей или повторении противоположных представлений, чтобы избавиться от неприятных мыслей, повторении навязчивых, как правило, неприятных представлений, навязчивых сомнений, склонности к «умственной жвачке», постоянному обдумыванию представлений или бывшей беседы. В ряде случаев, чтобы облегчить длительный мучительный период «повторного контроля» больные просили близких произносить фразы, помогающие избавиться от мысленных повторений, неприятных навязчивых представлений. Поведение избегания для них было нехарактерно, компульсии нередко носили опосредованный, магический характер, проявлялись преимущественно на идеаторном уровне, а из двигательных ритуалов отмечались перепроверки, повторные действия. В преморбиде пациенты отличались ананкастными чертами. ОКР дебютировали феноменами круга навязчивых сомнений или навязчивых представлений. Нередко пациенты могли датировать время манифестации заболевания, отграничивали возникавшие навязчивости от тех патологических феноменов, которые наблюдались у них ранее. Об эндогенном процессе говорило следующее: внезапность манифестации ОФР, их психологическая невыводимость из предшествующей ситуации или аутохтонность возникновения, выраженность аффекта тревога.

Так, один пациент, склонный к возникновению тревожных реакций и раньше, как-то посмотрел на ручку и решил, что она «неправильно» лежит. Эта мысль до того его встревожила, что он вынужден был перекладывать ручку с места на место в течение нескольких часов. Другой пациент стал

каждые десять-пятнадцать минут звонить сестре с целью удостовериться, что с ней все благополучно и не случилась беда.

Практически одновременно с навязчивыми представлениями и опасениями появлялись ритуалы, которые, как правило, были крайне нелепы по содержанию, быстро теряли свойство психологической понятности. Навязчивые мысли имели характер незавершенности мыслительного процесса, при отвлечении внимания больные были вынуждены «прокручивать», повторять все с самого начала. При этом они могли часами находиться в одной позе, казались отрешенными, не сразу реагировали на обращенную к ним речь. У двух больных, в отличие от больных с obsessions с реакциями избегания, преобладал не страх возможного загрязнения патогенными субстанциями, а страх уже свершившегося загрязнения. При этом защитное поведение проявлялось в виде постоянных проверок и перепроверок, повторяющимся мытьем рук и всего тела, которые возникали у них в момент ощущения «загрязненности», продолжались до появления ощущения «чистоты». Однако эти действия не преобразовывались в «obsessive system» (W. Jahrreiß, 1926), больные отмечали, что ритуалы соотносились с интенсивностью тревоги, усиливались в одиночестве. В дальнейшем ОКР имели тенденцию к генерализации. Если в начале болезни к появлению навязчивых мыслей мог привести вид только определенных предметов, то затем любой попавшийся в их поле зрения объект или любое совершенное действие сопровождалось навязчивыми мыслями и представлениями, обращением мыслительного процесса «назад» («одеваю футболку и представляю, что одел ее как-то неправильно, эта мысль начинает крутиться в голове», «иду по улице и начинаю думать, почему я не наступил на полосу» и т.д.). Доминирующие в начале заболевания эмоционально насыщенные представления (образы кровавых сцен убийства, собственных пораженных внутренних органов тела, несчастий с родными), сопровождающиеся «принятием невероятного за действительное», в дальнейшем замещались индифферентными образами (геометрические фигуры, предметы обихода).

Двигательные ритуалы символического характера нередко замещались или сосуществовали вместе с вербальными ритуалами (повтор определенных слов, песен, навязчивый счет). Большое место в клинической картине на отдаленных этапах заболевания занимали дефицитарные расстройства в виде аутизации, гипобулии, шизофренических расстройств мышления. Присоединение других ОФР было нехарактерно, а если они и отмечались (у двух пациентов встречались панические атаки), то никакого влияния на динамику заболевания не оказывали. При страхе загрязнения ритуалы в дальнейшем несколько ослабевали, нередко на отдаленных этапах болезни отмечались патологические сомнения бытового характера, большое место занимали вторичные тревожно-депрессивные состояния.

Особенности психических расстройств, коморбидных полиморфным абстрактным навязчивостям представлены в таблице 13.

Таблица 13. Распределение психических расстройств, коморбидных полиморфным абстрактных навязчивостям

	вторичн. депр-ия абс. (%)	сомато- формные р-ва (F.45) абс. (%)	психопато- подобные р-ва (F.62.1) абс. (%)	шизоаф- фективное р-во -F.25 абс. (%)	бредовые р-ва абс. (%)
1-й вариант	4 (25,0)	1 (5,0)	17 (85,0)	1 (5,0)	7 (35,0)

Среди коморбидных навязчивостям расстройств чаще всего выявлялись психопатоподобные состояния. При obsessions с реакциями избегания они проявлялись в виде эксплозивных вспышек по отношению к ближайшим родственникам, эгоцентризма, манипулятивности. Всякие попытки родных каким-либо образом изменить набор привычных действий, которые воспринимались пациентами как единственно комфортные, приводили к взрыву раздражения, угрозам или агрессии. Нередко из-за невозможности следовать выработанной системе ритуалов у них легко возникали тревожно-дисфорические реакции. Часто именно психопатоподобные расстройства, а не

утяжеление ОФР, являлись причиной частых госпитализаций пациентов. На отдаленных этапах болезни у них встречались и другие типичные для эндогенного заболевания симптомы: угасание родственных чувств, неухоженность внешнего облика, пренебрежение правилами личной гигиены, контрастирующие с тем, что пациенты могли часами находиться в ванне, выполняя ритуалы (дефект типа «фершробен» по В.Ю.Воробьеву, 1987, А.Б.Смулевичу, 2001). Сходные наблюдения приводили и другие авторы (W.Jahrgreif, 1926, М.О.Герцберг, 1935), отмечавшие, что у больных с мизофобиями на отдаленных этапах течения шизофрении преобладают личностные изменения с «причудливыми защитными действиями». При обсессиях «повторного контроля» наблюдалось усиление психастеноподобных расстройств: склонность к сомнениям, возникающим по любому поводу, послушное подчинение родственникам, стремление избегать любых конфликтных ситуаций, ограничение деятельности выполнением лишь элементарных домашних обязанностей из-за страха ответственности. Также нарастали аутистические тенденции: ограничение круга общения, установление симбиотических отношений с ближайшими близкими, отстраненное отношение к прошлому, примиренность со своим новым положением, обеднение интересов. Подобные личностные изменения описывались в рамках постпроцессуальных развитий личности психастеноподобного и аутистического типа (А.Н.Молохов, 1937, Р.А.Наджаров, 1955, А.Б. Смулевич, 2001).

У 35,0% больных наблюдались неразвернутые бредовые феномены, однако трансформации ОФР в бредовые идеи не наблюдалось, можно было говорить лишь о сочетании этих феноменов. Так, у одного пациента имел место необычный феномен, который он обозначил как «страх чужого взгляда»: отмечалось чувство, что за спиной находится посторонний человек, кто-то «смотрит» ему в спину, хотя он четко осознавал, что рядом никого нет. Никакой связи с ОКР этот феномен не обнаруживал, сопровождался аффектом страха. По-видимому, здесь речь шла о синдроме «воплощенного присутствия»,

описанному в немецкоязычной литературе К.Jaspers (цит. по В.В.Калинину, 2002). Другой пациент перенес острое аффективно-бредовое состояние с бредовыми идеями преследования и отравления. На высоте психотического состояния компульсии практически исчезли, а вскоре после редукции бредовых идей навязчивости вновь вернулись. Еще у одного пациента временами появлялась мысль, что мать «специально» входит в комнату, тщательно не обработав одежду, чтобы «занести микробы» («мизофобия с бредовыми идеями малого размаха», М.Д. Ефремова, 1997). Для всех больных с социофобиями были характерны сенситивные идеи отношения: окружающие «видят» их психический или физический недостаток, смеются, говорят о них. Было характерно расширение ситуаций, где возникают подобные феномены, что приводило к стойкой социальной дезадаптации больных, исключения всяких контактов, кроме контактов с членами семьи. Расширения бредовой фабулы за счет идей преследования, воздействия и т.п. не отмечалось.

Депрессивные состояния (25,0% наблюдений) имели вторичный по отношению к ОФР характер, возникали преимущественно при генерализации навязчивостей, постепенно редуцировались вместе со смягчением ОФР, никогда не сохранялись в клинической картине в течение длительного времени. В структуре депрессивных состояний при obsessions с реакциями избегания доминировала тревога, реже апатия, а при obsessions повторного контроля - тоскливые и апатические состояния.

В абсолютном большинстве наблюдений (19 наблюдений) отмечалась непрерывная прогрессивная динамика заболевания. Прогрессивность заболевания при obsessions с реакциями избегания проявлялась преимущественно в сфере продуктивных расстройств: расширение феноменов ОКР, формирование системы защитных ритуалов, присоединение специфических фобий, депрессивных состояний, неразвернутых бредовых феноменов. Негативные расстройства, в первую очередь, нарушения мышления и эмоционально-волевые расстройства, были выражены незначительно. Аутизация часто носила вторичный характер («вторичная

негативная симптоматика», W.T.Carpenter, 1985): больные не выходили из дома из-за страха заражения или в связи с сенситивными идеями отношения и, как следствие этого, нарастала аутизация. В условиях же психиатрического отделения эмоционально-волевые расстройства не представлялись глубокими. У пациентов с реакциями повторного контроля прогрессивность болезни реализовалась преимущественно в сфере негативных расстройств («первичные дефицитарные симптомы», W.T.Carpenter, 1985). Для них были характерны нарушения абстрактного мышления, выявляемые при экспериментально-психологическом обследовании, стереотипизация мышления (необходимость «прокручивать» цепь ассоциаций при отвлечении внимания), эмоциональная отгороженность, выраженные волевые расстройства. Обсессии и другие продуктивные расстройства у них, как правило, не прогрессировали, а у одного пациента симптоматика длительное время сохранялась в почти неизменном виде, характеризовалась однообразием и монотонностью, т.е. можно было говорить о стационарной динамике ОФР.

Различия между выделенными подгруппами полиморфных абстрактных навязчивостей в обобщенном виде представлены в табл. 14.

Таблица 14. Клинические варианты полиморфных абстрактных навязчивостей

Клинические свойства	Обсессии с «реакциями избегания»	Обсессии «повторного контроля»
варианты ОФР	мизофобии, двигательные компульсии, социофобии, паническое расстройство	умственная жвачка, идеаторные ритуалы, патологические сомнения, представления
преморбид	преимущественно шизоидный	ананкастный
избегающее поведение	характерно	нехарактерно
ритуалы	сложные защитные действия, предотвращающие контакт с патогенным объектом	двигательные ритуалы символического характера, идеаторные ритуалы
коморбидные расстройства	неразвернутые бредовые идеи, тревожные и апатические депрессии, тревожно-дисфорические реакции	тоскливые и апатические депрессии, психастеноподобные расстройства
соотношение негативных и продуктивных расстройств	преобладание продуктивных расстройств: расширение ОКР, появление специфических фобий, депрессивных состояний,	преобладание негативных расстройств: нарушения абстрактного мышления, психастеноподобные р-ва

Некоторые особенности психопатологии и динамики полиморфных абстрактных навязчивостей иллюстрирует наблюдение 1.

Больной Г.В.А., 1964 г.р. На момент обследования 40 лет. Инвалид II гр. Поступил в ПБ №1 им. Алексеева 23.07.04., выписан 02.09.04.

Анамнез

Наследственность манифестными психозами не отягощена. Мать отличается тревожным, мнительным характером, в настоящее время на пенсии. Отца помнит плохо, родители развелись, когда ему было 12 лет. Со слов матери знает, что он отличался вспыльчивым, неуравновешенным характером, к алкоголизации склонен не был. После развода родителей отношения с отцом не поддерживал.

Единственный ребенок в семье. Беременность протекала нормально, родился в асфиксии. В 2 года был оперирован по поводу кисты шеи. До 3-х лет много плакал, часто болел простудными заболеваниями, страдал запорами. Рос тихим, стеснительным, «домашним» ребенком. Посещал детский сад, со сверстниками общался мало. Помнит, что в детстве были многочисленные страхи: боялся мышей, не мог засыпать без света. Страхи держались до 10-11 лет. Близких друзей не было, в свободное время любил гулять с родителями, рано научился читать. Тяжело переживал скандалы в семье, при этом уходил в свою комнату и плакал. В возрасте 7 лет имели место эпизоды снохождения и сноговорения.

В школу пошел в 7 лет. Быстро адаптировался, до 5 класса учился на «отлично». В школе был один близкий друг, за которым следовал в играх. В компании сверстников чувствовал себя неуверенно, старался «затеряться», был «на вторых ролях». Когда учился в 5 классе, родители развелись. Развод родителей перенес легко. После переезда на новую квартиру долго не мог привыкнуть к новой обстановке. Ни с кем не подружился, стал больше времени проводить в одиночестве, появилась тяга к рисованию, изредка посещал музеи. Рисовал сцены из рыцарской жизни, пейзажи. Мать рекомендовала посещать изостудию, но он категорически отказался. Примерно с 6 класса снизилась успеваемость, потерял интерес к учебе. С 11 лет отмечались эпизоды «скуки», во время которых ничего не хотелось делать, пропускал школьные занятия. В эти периоды практически не вставал с постели, «просто лежал и разговаривал сам с собой». Эти эпизоды продолжались несколько дней, случались не чаще одного раза в три - четыре месяца. На улице эпизодически казалось, что

окружающие замечают, как он плохо одет, «недоброжелательно» смотрят. При этом испытывал тревогу.

После окончания 8 классов поступил в торговое училище. Поучился там три года, получил специальность повара. Помнит, что в это время любил возиться со сладостями, изобретать разные блюда. После окончания училища непродолжительное время, вплоть до призыва в Армию, работал поваром в столовой. Примерно в 16 лет увлекся чтением философской литературы, любил античных философов. Также нравились исторические романы, много думал «о смысле жизни». В 17 лет внезапно появилась мысль, что может заразиться «какой-нибудь болезнью». С этого времени стал более чистоплотным, начал мыть руки по несколько раз в день. Приходя домой с улицы, просил мать кипятить одежду. К врачам за помощью не обращался, продолжал работать. На работе удавалось отвлекаться, руки мыл реже. Жил замкнуто, практически ни с кем не общался, одиночеством не тяготился.

В 18 лет был призван в ряды Вооруженных Сил. Службу проходил в стройбате, служил в Карелии. С первых же недель службы усилились мысли о заражении «какой-либо» болезнью, снизилось настроение, появились суицидальные мысли. Его непосредственный командир, заметив его угнетенное настроение, направил на консультацию в госпиталь. В госпитале находился несколько недель, из Армии был комиссован. Вскоре после возвращения домой появились мысли о своей «неполноценности», переживал, что не мог дослужить, еще более замкнулся. На этом фоне усилился страх заражения, стал чаще мыть руки. Одежду кипятил только сам, матери не давал к ней прикоснуться. При этом за чистотой комнаты не следил, мог неделями не принимать ванны. Было очень тяжело переносить присутствие в доме посторонних. После их визита тщательно все мыл. На покупку мыла и порошка уходила практически вся заработная плата. Через некоторое время из-за страха заражения стал питаться только вареной пищей. Примерно лет в 20 появились и другие навязчивости: выходя из дома, подолгу перепроверял, выключены ли электроприборы, газовая плита. После беседы с кем-нибудь из сослуживцев

стал опасаться, что его «могут не так понять», несколько раз прокручивал свой разговор «мысленно». Из-за усилившихся навязчивостей перестал справляться с работой. На работе казалось, что все замечают его несостоятельность, смеются над ним. По настоянию матери в возрасте 21 года лет впервые обратился в районный ПНД. Около двух месяцев принимал рекомендованное лечение, но навязчивости не уменьшались. Затем снизилось настроение, усилились мысли по поводу своей несостоятельности, появилась тревога за будущее. Обратился повторно в ПНД и был впервые направлен в ПБ №1. В больнице находился с апреля по май 1985 г. В ходе лечения улучшилось настроение, стал реже мыть руки, исчезли «угрызения совести».

После выписки вышел на работу. Проживал в двухкомнатной квартире вместе с матерью. Взаимоотношения с ней были напряженные. Тяжело переносил ее присутствие дома, часто кричал на нее из-за того, что она «приносила домой грязь». Временами возникали мысли, что она «специально» входит в его комнату, чтобы «занести инфекцию». С работой практически не справлялся, т.к. большую рабочую часть времени тратил на выполнение ритуалов. Примерно через полгода после выписки ОФР усилились, снизилось настроение. Повторно лечился в ПБ №1 в начале 1986 г. (ему было 22 года). В истории болезни отмечено, что был госпитализирован по инициативе матери. В ходе лечения несколько улучшилось настроение, стал реже мыть руки («с 20-30 раз в день при поступлении в больницу до 10-15 во время выписки»). Однако улучшение было нестойким. Летом 1986 г. был уволен с работы по настоянию администрации. С этого времени стал реже выходить на улицу из-за страха «занести инфекцию». В 1986-1987 гг. еще трижды лечился в разных психиатрических стационарах г. Москвы (ПБ №1, ПБ №14, ВНЦПЗ). В ходе лечения несколько улучшалось настроение, но навязчивости практически не уменьшались. В возрасте 24 лет ему была определена 2 группа инвалидности.

Жил уединенно, постепенно выработал для себя определенные правила, направленные на предотвращение возможного заражения. Старался неукоснительно их соблюдать, требовал, чтобы и мать выполняла все его

требования. В свою комнату никого не пускал из-за страха, что окружающие занесут «микробы». В комнате все предметы были аккуратно разложены в определенном порядке, на форточках находилась трехслойная марля. После любого прикосновения к грязным предметам тщательно мыл руки. В день на мытье рук тратил около куска мыла. Из дома выходил только в ПНД и за пенсией. Сборы на улицу занимали около 2 часов, соблюдал строгую очередность в процессе одевания, после надевания каждой вещи тщательно мыл руки. Старался выбирать пешие маршруты, общественным транспортом пользовался только при крайней необходимости. При виде «людей в грязной одежде» поворачивал в другую сторону. Дома после прогулки тщательно умывал лицо, раз пять намыливал руки, стирал одежду. При соблюдении этих правил чувствовал себя спокойно («мать также все делала правильно», поэтому «возможность заражения была минимальна»). Помогал матери по хозяйству, любил готовить пищу. При этом избегал чистить картошку, старался не прикасаться к тем овощам, которые росли на земле («в них много вредных для здоровья микроорганизмов»). Навязчивости несколько усиливались в зимние месяцы. При усилении ОФР становился грустным, появлялась апатия. В начале девяностых годов практически ежегодно лечился в различных психиатрических стационарах г. Москвы, преимущественно в конце зимы - в начале весны (в ПБ №14 в 1989 г, в 1992 г, в 1993 г, в 1997 г, в НЦПЗ - в 1990 г, 1991 г.). В больницах успокаивался, уменьшалась тревога, настойчиво требовал от врачей обследовать весь организм «для исключения различных заболеваний». Боялся введения инъекционных препаратов, настаивал на приеме только таблетированных средств. После выписки чувствовал себя неплохо не более полугода.

Примерно с 28 лет летом вместе с матерью стал выезжать на дачу, которая находилась в малонаселенной деревне в Калужской области. Там чувствовал себя хорошо, совершал длинные пешие прогулки, любясь природой, самостоятельно уменьшал дозы препаратов, помогал в работах на огороде. Работал на участке в перчатках, избегал контакта с землей. Систему

ритуалов соблюдал не так тщательно, как в Москве. Кусок мыла расходовался за 5-6 дней. С того времени, как стал ездить в деревню, лечился в больницах реже: так с 1993 г. по 2000 г. лечился лишь один раз. В середине девяностых годов непродолжительное время встречался с девушкой, с которой познакомился в ПНД. Вместе посещали художественные выставки, музеи. Дома вновь стал рисовать, собирал книги по истории живописи.

В конце девяностых годов навязчивости вновь усилились, стал более педантичным, вновь стал ссориться с матерью, если она не соблюдала заведенные им правила. Поссорился с девушкой, крайне редко общался с другими родственниками по телефону. При просмотре телепередач особенно акцентировал внимание на сообщениях о недоброкачественных товарах. Боясь заражения через продукты, внимательно просматривает этикетки на принесенных продуктах. В предпоследний раз лечился в ПБ №1 в мае-июне 2001 г. При поступлении жаловался на страх заражения «микробами», апатию. В больнице отказывался от инъекций. В ходе лечения настроение выравнивалось, увереннее чувствовать себя на улице.

После выписки уехал в деревню, где чувствовал себя неплохо, реже мыл руки. За последние три года состояние оставалось без изменений. При усилении ОФР снижалось настроение, не выходил на улицу, однако изменения схемы лечения приводило к улучшению состояния. Обострения навязчивостей с годами потеряли какую-либо цикличность. Последнее ухудшение состояния с июня 2004 г.: стал чаще мыть руки, появилась апатия, несколько месяцев не выходил из дома. Обратился в ПНД и был направлен в ПБ №1.

Соматическое состояние. Кожные покровы чистые, зев спокоен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. PS 80 ударов в 1 мин., АД 115/80 мм рт. ст. Живот мягкий при пальпации безболезненный. Печень не выступает из под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Дизурических явлений нет. По консультации терапевта: нейроциркуляторная дистония.

Неврологическое состояние Зрачки правильной формы, носогубные складки симметричны. Язык по средней линии. Нарушений чувствительности не выявлено. Сухожильные и надкостничные рефлексy оживлены, симметричны. По консультации невропатолога: знаков органического заболевания мозга не выявлено.

Психическое состояние

Выглядит младше своего возраста. Одет небрежно, плохо выбрит. Выражение лица беспокойное. В ходе беседы заметно скован, не жестикулирует, сидит в одной позе. В беседе конкретен, старается изложить все четко, подробно. Отвечает на вопросы монотонным маломодулированным голосом, при этом легко соскальзывает с темы, увязая в подробном изложении малозначимых деталей. Жалуется на страх заражения «какой-либо инфекцией», тревогу, страх выходить на улицу, пользоваться общественным транспортом. Чего боится конкретно, сказать не может, пространно рассуждает о том, что «болезни бывают разные». Говорит, что разработал сложную систему защитных действий, выполнение которой обеспечивает душевное равновесие. Так, старается никого не пускать в свою комнату, в которой все предметы аккуратно разложены в определенном порядке, на форточки надета марля. После любого прикосновения к «грязным» предметам тщательно моет руки. Кусок мыла расходует за 2-3 дня. Из-за страха «привнести инфекцию» практически не покидает пределы квартиры, выходит только за пенсией и в ПНД. Заявляет, что сборы на улицу занимают около 2 часов, при этом соблюдает строгую очередность в процессе одевания. На улице чувствует себя напряженно, старается обходить людей в пачкающей одежде, выбирает пешие маршруты. Если в транспорте его кто-либо случайно коснется, усиливается тревога, весь покрывается потом, возникают сердцебиения. Дома ест лишь вареную пищу, боится прикасаться к овощам, выращенным в земле. Требует от матери, чтобы она соблюдала определенные правила. Если она их нарушает, легко раздражается, может на нее накричать. Мысли о том, что мать «специально» хочет занести микробы, в последнее время не возникает.

Говорит, что по-прежнему интересуется живописью, иногда что-то рисует. Много времени проводит за просмотром телевизора, особенно тщательно смотрит научно-популярные передачи по медицине, где «рассказывают про болезни». Настроение характеризует как пониженное, преобладает тревога, но подчеркивает, что настроение «всцело зависит от страхов». Нарушений сна и аппетита не отмечает. Мышления малопродуктивное, с отдельными соскальзываниями.

Данные лабораторных и инструментальных обследований: Общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи - в пределах нормы. На ЭКГ умеренно-выраженные изменения миокарда.

Результаты экспериментально-психологического исследования. Выявлена выраженная дисгармоничность личностной структуры по шизоидному типу, неравномерность продуктивных мыслительных процессов, проявляющаяся в снижении целенаправленности и уровня обобщения при актуализации индивидуального опыта, нарушение функции внимания.

Динамика состояния и лечение В отделении в первое время держится обособленно, тревожен, общается только с врачами. Сразу заявил, что будет принимать только таблетированные формы препаратов, от инъекций категорически отказывается. Интересуется данными обследования, требует все новых и новых назначений «для исключения различных заболеваний». Отмечает, что в больнице потребность в выполнении ритуалов возникает реже, руки моет значительно меньше, чем дома. В дальнейшем тревога уменьшилась, общался с несколькими больными, на непродолжительное время выходил на улицу. Перед выпиской говорит, что настроение ровное, стали реже возникать мысли о возможном заражении, меньше моет руки, спокойно чувствует себя на улице. Дважды отпускался в домашние отпуска, ездил на трамвае и метро. В метро был тревожен, заходил в вагон, где было меньше людей. Дома сразу шел в ванну, мыл руки, стирал одежду. Состояние было расценено как внутрибольничное улучшение, выписан на поддерживающую терапию.

Лечение: 1 курс (длительность – 2 недели): амитриптилин перорально 100 мг/сут, трифлуоперазин до 25 мг, клозапин 50 мг/сут. На фоне этого лечения на протяжении 2 недель состояние оставалось без видимых изменений. 2 курс (длительность 3,5 недели): пароксетин до 40 мг/сут, перфеназин - до 20 мг, клозапин 25 мг/сут. На фоне приема этих препаратов улучшилось настроение, уменьшились навязчивости.

Катамнез (спустя 1 год, больному 41 год) За время катамнестического наблюдения еще дважды госпитализировался в ПБ №1 имени Алексеева. Несмотря на временные улучшения, наблюдавшиеся после каждой выписки, во время которых выходил на прогулки, делал покупки в магазинах, не было тревоги, все же страх заражения и сопряженные с ним ритуалы сохранялись. Во время обострений избегал выходить на улицу, более тщательно выполнял ритуалы, осложнялись отношения с матерью, нарастала тревога. Последний раз находился в ПБ №1 с 12.07.05 по 9.09.05. Психическое состояние существенно не отличалось от состояния больного во время госпитализации летом 2004 г.

Анализ наблюдения

Приведенное клиническое наблюдение достаточно полно иллюстрирует прогрессивное течение эндогенного процесса, наблюдаемое у большинства больных этой группы. У пациента с преморбидными шизоидными чертами, достигающими уровня шизоидного расстройства личности по МКБ-10, дебют заболевания следует отнести, по-видимому, к 11-12 годам, когда он сменил место жительства, перешел в новую школу. В продромальном периоде выявлялись полиморфные продуктивные расстройства: явления «метафизической интоксикации» (Л.Б.Дубницкий, 1977), неразвернутые сенситивные идеи отношения, непродолжительные субдепрессивные состояния с преобладанием симптомов круга негативной аффективности (А.Б.Смулевич, 1997). Негативные расстройства проявлялись в виде некоторого обеднения контактов с окружающими, потери интереса к учебе. Манифестации ОКР в возрасте 17 лет ничто не предшествовало, мизофобии характеризовались недифференцированным страхом загрязнения «микробами». Достаточно

быстро появилось защитное поведение, направленное на предотвращение возможного заражения: мытье рук, стирка белья. Тем не менее, он продолжал работать, причем на работе интенсивность ритуалов значительно снижалась. После того, как был комиссован из Армии, заболевание приобрело более прогрессивный характер: усилились ритуалы, сенситивные идеи отношения, возникающие преимущественно на работе, появились патологические сомнения, тревожно-депрессивные состояния, носящие вторичный по отношению к ритуалам характер. Перестал справляться с работой, что заставило его в возрасте 20 лет впервые обратиться за специализированной психиатрической помощью. Несмотря на частые госпитализации в различные психиатрические стационары в начале девяностых годов, улучшения были нестойкими, заключались преимущественно в редукции аффективных расстройств. По-существу был нетрудоспособен, в связи с чем, в возрасте 24 лет ему была определена 2 группа инвалидности. Дальнейшая динамика заболевания связана с формированием «обсессивной системы» (W.Jahrgreif, 1926), направленной на предотвращение возможного заражения, и полностью подчиняющей себе жизнь пациента и его матери. В тесной связи с этой системой формируются реакции «фобического избегания» (I. Marks, 1970) в виде страха покидать пределы квартиры, специфические фобий (страх употребления невареной пищи, овощей, выращенных в земле, уколов), на улице нередко возникают ситуационно спровоцированные панические атаки. Психопатоподобная симптоматика в виде эгоцентризма, вспышек эксплозивности и агрессивных тенденций по отношению к матери начинает постепенно занимает большое место в клинической картине, приводит к частым госпитализациям пациента. В истории болезни есть указание, что больной в определенный момент времени говорил о том, что мать «специально» входит в комнату, чтобы «занести инфекцию». Эти расстройства напоминают бредовые идеи «малого размаха», описанные при мизофобии (М.Д. Ефремова, 1997, Е.В.Колуцкая, 2001). Тем не менее, при некотором послаблении симптоматики, отмечавшейся в середине девяностых

годов, у пациента проснулся интерес к рисованию, он стал посещать музеи, некоторое время встречался с девушкой, много времени проводил на даче. Однако, «обсессивная система» сохранялась. В последние годы вновь наблюдается учащение госпитализаций в психиатрические больницы, что связано, с одной стороны, с утяжелением ОКР, а, с другой стороны, с сопутствующими тревожно-апатическими состояниями. Психопатоподобные расстройства в последнее время несколько поблекли, также не отмечается неразвернутых бредовых идей. При психологическом обследовании выявляются нерезко выраженные шизофренические расстройства мышления.

Таким образом, по диагностическим критериям МКБ-10 данное состояние соответствует рубрике F.42.1 «обсессивно-компульсивное расстройство с доминированием обсессивных ритуалов». В качестве коморбидных состояний выступают «специфические фобии» в виде страха уколов, еды (F.40.2), «паническое расстройство» в виде ситуационно спровоцированных панических атак (F.41.0) и «депрессивный эпизод легкой степени» (F.32.0). По классификации МКБ-9 больному установлен диагноз «шизофрения малопрогрессирующая, невротоподобная и психопатоподобная, синдром навязчивостей».

Особенности использования комплексной терапии у больных с полиморфными абстрактными навязчивостями отражены в таблице 15.

Таблица 15. Лечение больных с полиморфными абстрактными ОФР (1-й вариант, n=20)

Медикаментозная терапия				Психотерапия абс. (%)	Др. методы абс. (%)
нейро- лептики абс. (%)	антидепрессанты абс. (%)	транквилизаторы абс. (%)	др. лек. ср-ва абс. (%)		
20 (100,0)	17 (85,0)	4 (20,0)	2 (10,0)	12 (60,0)	5 (25,0)

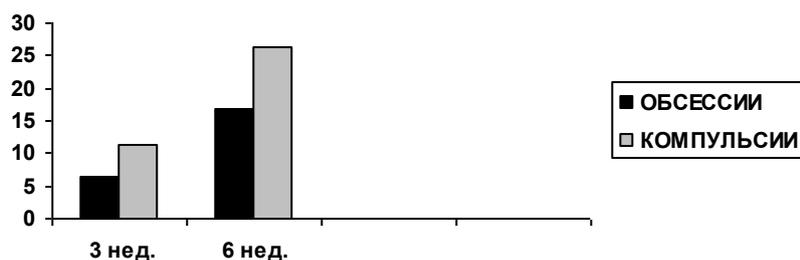
Все больные этой группы получали нейролептики. Показаниями для их включения в комплекс терапевтических мероприятий являлись высокий удельный вес идеаторных расстройств, прогрессивная динамика с нарастанием как негативных, так и продуктивных расстройств, наличие неразвернутых бредовых расстройств. В лечении использовались традиционные нейролептики, главным образом из группы фенотиазинов и других трициклических производных: трифлуоперазин (10-30 мг/сут), перфеназин (8-30 мг/сут). Бутирофеноновые производные, в частности, галоперидол (1,5-5 мг/сут), использовались редко из-за их плохой переносимости, в первую очередь связанной с экстрапирамидными расстройствами. Также достаточно ограниченно использовались атипичные нейролептики, например, рисперидон (2-4 мг/сут) и оланзапин (5-10 мг/сут) из-за низкой антиобсессивной эффективности, наблюдаемой как на предыдущих этапах лечения, так и в ходе данного исследования. Некоторые нейролептики использовались для коррекции инсомнических расстройств, нередко возникающих в условиях стационара: клозапин (12,5-75 мг/сут), хлорпротиксен (15-50 мг/сут).

Большинство больных данной группы также получали антидепрессанты (85,0 %). При этом использовались преимущественно препараты с серотонинергическим действием: кломипрамин (75-250 мг/сут), пароксетин (20-50 мг/сут), циталопрам (20-40 мг/сут), флуоксетин (20-40 мг/сут). У некоторых больных с коморбидной депрессивной симптоматикой применялись и другие антидепрессанты: амитриптилин (50-100 мг/сут), имипрамин (25-75 мг/сут). Транквилизаторы использовались лишь у 4 пациентов (20,0%), главным образом при доминировании в клинической картине социофобии для снижения ситуационной тревоги. В 5 наблюдениях для преодоления терапевтической резистентности использовалась лазерная терапия, которая существенного влияния на динамику заболевания не оказала. При доминировании в клинической картине навязчивых представлений и социофобий когнитивно-поведенческие методики оказались малоэффективны.

У пациентов с социофобиями некоторый положительный эффект в условиях стационара был достигнут в ходе групповой психотерапии, направленной на преодоления избегающего поведения, восполнения дефицита навыков общения. Однако, этот эффект оказался нестойким.

Для общей оценки эффективности проведённой терапии 16 больным с преобладанием ОКР использовалась стандартная шкала Y-BOCS в модифицированной русской версии (С.Н. Мосолов, 2005). Динамика показателей этой шкалы по параметрам «обсессии» и «компульсии» представлена на рис. 1

Рис.1 Снижение среднего балла (в % от первоначальных показателей) по Y-BOCS (подшкалы «обсессии» и «компульсии») в зависимости от длительности терапии (по шкале абсцисс - недели терапии, по шкале ординат – % снижения среднего балла от первоначальных показателей).



Терапия ОКР считается эффективной при более, чем 25% редукции симптоматики по шкале Y-BOCS. Средний балл по подшкале «обсессий» к 3 неделе лечения снизился всего на 6,3%, а к 6 недели его редукция составила 16,7%. Таким образом, при доминировании obsессий комплексная терапия оказалось неэффективной. Снижение же среднего балла по подшкале «компульсий» к концу 6 неделе лечения составило 26,4%, т.е. при доминировании компульсий терапия может быть признана эффективной. В целом, следует отметить, что процент респондеров в нашем исследовании оказался несколько ниже, чем у других авторов, хотя из-за небольшого числа наблюдений эти данные скорее носят предварительный характер.

ГЛАВА IV

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА РАССТРОЙСТВ «ПАНИКО-АГОРАФОБИЧЕСКОГО СПЕКТРА» В СТРУКТУРЕ ШИЗОФРЕНИЧЕСКИХ И НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ С ПЕРЕМЕЖАЮЩЕ-ПОСТУПАТЕЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ

В последние годы в иностранной литературе большое распространение получила концепция расстройств «панико-агорафобического спектра» (G.Cassano, 1997, 1998), которые включают, помимо агорафобии и панического расстройства, генерализованное тревожное расстройство и ипохондрические страхи. В наших наблюдениях эти состояния отмечались при разнообразных, несущих эмоциональную окраску обсессиях шизофренического спектра, и при невротических ОФР. Преобладало волнообразное течение навязчивостей. В связи с этим мы посчитали целесообразным рассматривать больных обеих групп в одной главе.

4.1 Разнообразные, несущие эмоциональную окраску обсессии шизофренического спектра

Разнообразные, несущие эмоциональную окраску обсессии, наблюдались в 22 наблюдениях (32,8% от всех больных шизофренией). У них преобладали расстройства «панико-агорафобического спектра»: паническое расстройство (100,0%), агорафобия (86,4%) и ипохондрические страхи (77,3%). Паническое расстройство было представлено спонтанными, ситуационными и малыми (симптоматически бедными) паническими атаками. Агорафобические страхи характеризовались разнообразием фабулы. Преобладали транспортные фобии в виде страха пользоваться метро (68,2%) и наземным транспортом (54,5%). Другое содержание страхов встречалось реже (40,9%): страх пользоваться лифтом, страх магазинов, большого скопления людей. Следует отметить, что у одного больного могли встречаться несколько видов агорафобических страхов. В 7 наблюдениях (31,8%) страхи различных ситуаций достигали страха выходить из дома (панагорафобия, Л.Г.Дмитриева, 1996). Ипохондрические

страхи были представлены преимущественно кардиофобией, лиссофобией и недифференцированным страхом смерти, другие фабулы страхов (гепатитофобия, СПИДофобия) имели место лишь в единичных наблюдениях. Нередко регистрировались обсессивно-компульсивные расстройства (40,9% наблюдений) в виде контрастных мыслей, навязчивых представлений и сомнений. Социофобии регистрировались преимущественно в структуре панических атак.

Среди больных женщины незначительно преобладали над мужчинами (54,5% и 45,5% соответственно), что согласуется с данными других исследователей (Л.Г.Дмитриева, 1996, Е.В.Колоцкая, 2001). Средний возраст манифестации ОФР составил $26,4 \pm 7,9$ лет. Этот показатель был заметно выше, чем аналогичные показатели у пациентов двух других групп. Средний возраст больных на момент первичного обследования составил $36,5 \pm 10,8$ лет, длительность же ОФР к этому времени была $10,1 \pm 9,1$ лет. Анализ данных социально-демографического статуса пациентов этой группы позволяет говорить о более благоприятных, чем у больных с полиморфными абстрактными навязчивостями, тенденциях течения заболевания: процент инвалидов по психическому заболеванию был менее четверти (22,7%), а в 36,4% наблюдениях они продолжали работать. Следует заметить, что вследствие агорафобических страхов больные вынуждены были работать рядом с домом, а сама работа нередко не соответствовало их запросам и уровню образованию.

Психопатологическая отягощенная наследственность выявлялась в 10 наблюдениях (45,5%). Обращает на себя внимание отсутствие указаний на выраженные навязчивые состояния среди ближайших родственников пациентов, а также высокий процент отягощенной наследственности по алкоголизму (31,8%). У изученных больных не было обнаружено четкой связи с определенным преморбидным характерологическим складом. Наиболее высок был процент лиц с преморбидными чертами тормозимости психастенического (40,9%) или шизоидного типов (22,7%). Также встречались личности с

гармоничными (18,2%), истерическими (13,6%) и эпилептоидными (4,5%) чертами в преморбиде. Эти характерологические черты не выходили за рамки акцентуации характера (К.Леонгард, 1981, А.Е.Личко 1983). Более чем у четверти пациентов (27,3%) в детском возрасте обнаруживались специфические фобии, преимущественно в виде страхов темноты, которые имели затяжное течение, нередко сохранялись вплоть до подросткового возраста. В том же возрасте нередко наблюдались ситуационно спровоцированные тревожно-депрессивные состояния, продолжительностью не более месяца, а также неразвернутые дисморфофобические идеи. Указанные расстройства в доманифестном периоде не обнаруживали атипичных особенностей, позволяющих думать об эндогенном заболевании.

Рядом авторов (Н.М.Асатиани, 1966, И.И.Сергеев, 1993, D.Klein, 1987) описаны четкие этапы формирования агорафобии. На первом этапе доминируют панические приступы с острыми ипохондрическими страхами. В межприступный период страхи не выявляются. На втором этапе формируется стойкое избегающее поведение, связанное со страхом повторения панического приступа. На третьем этапе происходит редукции панических приступов, круг фобического избегания сужается.

У всех больных этой группы ОФР манифестировали симптоматикой панического расстройства. Наиболее часто регистрировалась спонтанная манифестация панических атак (40,9%). У трети пациентов (36,4%) их развитию предшествовали кратковременные биологические вредности, в первую очередь прием алкоголя. Несколько реже встречались психогенные воздействия (22,7%): известия о смерти знакомых, репортажи о трагедиях с большим количеством жертв, увиденная на улице драка. Эти ситуации рассматривались нами как условные психогении.

Панические приступы уже на манифестном этапе заболевания несли черты атипичности, позволяющие думать о развитии эндогенного заболевания. Так, в структуре панических атак, помимо «типичных» соматовегетативных симптомов со страхами соматического неблагополучия (кардиофобия,

танатофобия), выявлялись сенестопатии и деперсонализационно - дереализационные расстройства. Некоторые пациенты отмечали, что в начале острого приступа возникала растерянность, деперсонализация в виде нарушения восприятия окружающего («как застывшая картинка», «не понимаю, где нахожусь») и собственного тела («невесомость», «тяжесть»). Вегетативные симптомы возникали несколько позже, как реакция на переживания расстройств самосознания. Преобладание в структуре панических атак идеаторного компонента и деперсонализации над вегетативными расстройствами рассматриваются рядом авторов как проявления эндогенного процесса (Н.Д.Лакосина, 1986, 1994, G.Cassano, 1989). Сенестопатии часто сопровождались необычностью локализации, вычурностью описания («восходящие волны боли в скулах», «волнообразные холодящие лучи в шее», «ощущение смещения костей черепа» и т.д.), часто достигали степени «сенестопатической растерянности» (И.Р.Эглитис, 1977). При этом сами больные трактовали эти состояния не столько как проявления соматического недуга, сколько как приближение надвигающегося сумасшествия. Т.о., лиссофобия здесь носила вторичный по отношению к сенестопатиям и деперсонализации характер. Социофобии в структуре панических приступов проявлялись страхом опозориться, не удержать мочу или рвотные массы. Также к атипичным симптомам был отнесен протрагированный характер панических атак. Если продолжительность «типичной» панической атаки составляет 10-15 минут (DSM-IV,1994), то у многих наших больных острые состояния паники продолжались не менее получаса. Нередко они сочетались с подострыми тревожно-депрессивными состояниями.

В дальнейшем панические приступы быстро осложнялись «тревогой ожидания» (D.Klein, 1981), в межприступные промежутки персистировали вегетативные расстройства и сенестопатии, сохранялись ипохондрические фобии. Было характерно достаточно быстрое расширение степени агорафобического избегания, нередко (36,4%) уже через несколько недель после дебюта заболевания оно достигало страха выходить из дома

(панагорафобия, Л.Г.Дмитриева, 1996). Борьбы со страхами не отмечалось, преобладали пассивные защитные действия в форме избегания фобических ситуаций. Обратная динамика расстройств на начальном этапе болезни характеризовалась заметным снижением частоты панических атак, уменьшением выраженности фобического избегания, снижением интенсивности ипохондрических страхов. По минованию острого периода болезни больные выходили на работу, возобновляли знакомства, активно участвовали в жизни семьи. Тем не менее, даже вне обострения сохранялись транспортные фобии, преимущественно в виде страха пользоваться метро, проявления соматопсихической деперсонализации (неясный дискомфорт в теле), патологические телесные сенсации, которые сопровождались нестойкими и эпизодическими танато- и лиссофобиями.

В структуре последующих обострений большое место занимали сенесто-ипохондрические расстройства и депрессивные состояния, панические атаки характеризовались небольшим количеством симптомов (малые, или симптоматически бедные панические атаки по DSM-IV,1994), сосуществовали или замещались симптоматикой генерализованного тревожного расстройства («пан-тревога» по Р.Нох, 1949) и ОКР в виде навязчивых сомнений и представлений, или хульных мыслей. Подобный вариант динамики заболевания с постепенным замещением эмоционально-окрашенных навязчивостей разнообразными сенесто-ипохондрическими состояниями и эндогенными депрессиями отмечался многими авторами как типичный для шизофрении с навязчивостями (А.Симко, 1968, Л.И.Головань, 1965, Г.И.Завидовская, 1971 и др.).

Особенности психических расстройств, коморбидных разнообразным, несущим эмоциональную окраску обсессиям, представлены в таблице 16.

Таблица 16. Распределение психических расстройств, коморбидных несущим эмоциональную окраску обсессиям (n=22)

вторичная депрессия абс. (%)	рекурр. депрессивные и биполярные р-ва абс. (%)	соматоформные р-ва абс. (%)	деперсонализация абс. (%)	психопатоподобные р-ва абс. (%)
8 (36,3)	7 (31,8)	9 (40,9)	8 (36,4)	2 (9,1)

Коморбидная психическая патология была представлена разнообразными аффективными и невротоподобными расстройствами. Чаще всего регистрировались различные депрессивные состояния. На начальных этапах заболевания выявлялись преимущественно тревожно-депрессивные расстройства (36,3% случаев), выступающие в качестве реакций пациентов на панические приступы, нозофобии и деперсонализацию. Нередко патологический аффект принимал форму тревожной агитации с бессмысленным метанием, однообразными просьбами о помощи или «тревожного оцепенения» (Ю.Л.Нуллер, 1981), вплоть до субступора, когда больные в течение длительного времени оставались в постели, т.к. любые движения и разговоры приводили к усилению сенестопатий и страха сумасшествия. Продолжительность этих состояний не превышала одного - двух месяцев, а их обратная динамика шла параллельно с редукцией панических атак. На отдаленных этапах динамики (через 5 и более лет после манифестации ОФР) аффективные расстройства обнаруживали независимый стереотип развития, развивались аутохтонно, были типичны колебания настроения с ухудшением в утренние часы, а в структуре самих депрессий доминировали аффекты тоски и апатии. Продолжительность аффективных фаз не превышала нескольких месяцев, а сами фазы существенно не отличались от аналогичных фаз при циркулярном психозе. В соответствии с МКБ-10 мы оценивали эти состояния как депрессивный эпизод (F.32), а в случае рецидивирующего течения – как рекуррентное депрессивное расстройство (F.33). Некоторые авторы оценивали подобные аффективные состояния на отдаленных этапах шизофренического процесса как своеобразные

резидуальные псевдопсихопатические фазы или как «нажитые циклотимии» (А.Б.Смулевич, 2005).

Соматоформные расстройства проявлялись в виде сенестопатий (40,9% наблюдений). На начальных этапах болезни сенестопатии развивались лишь в структуре панических приступов и характеризовались вычурностью, необычностью, непрерывной сменой локализации, сопровождались «сенестопатической растерянностью», сближались с «иллюзиями общего чувства» (И.Р.Эглитис, 1977), «сенесто-козностезиями» (А.М.Басов, 1981). Была характерна зависимость интенсивности сенестопатий от моторных функций и от положений тела: так, в состоянии покоя могло наступить непродолжительное улучшение самочувствия. Подобные сенестопатии сопровождались лиссофобией. В дальнейшем сенестопатии приобретали хроническое течение, не были связаны с паническими атаками, отличались простотой, конкретностью, нередко напоминали парестезии и невыраженные болевые ощущения при общесоматической патологии. При этом сенестопатии, как правило, локализовались в строго определенных топографических зонах («голова», «подреберье», «шея», «живот»). Страх сумасшествия был нехарактерен, преобладал малодифференцированный страх смерти и выраженные сенесто-ипохондрические расстройства.

Преобладала перемежающе-поступательная динамика заболевания. Прогрессиентность заболевания проявлялась как в сфере продуктивных (появление аутохтонных депрессивных состояний и ОКР), так и в сфере негативных расстройств. Последние выявлялись лишь на отдаленных этапах динамики (через 10 и более лет после манифестации заболевания): усиление аутистических тенденций, дистанцированность в социальных контактах, черты нерезко выраженной эмоциональной дефицитарности, а также шизофренические расстройства мышления, выявляемые при экспериментально-психологическом обследовании.

Приведем клиническое наблюдение (наблюдение 2), иллюстрирующее особенности динамики разнообразных, несущих эмоциональную окраску obsessions.

Наблюдение 2. Больная Ф.О.И., 1953 г.р. На момент обследования 51 год. Инвалид II гр. Поступила в ПБ №1 15.03.04., выписана 27.04.04.

Анамнез

Наследственность манифестными психозами не отягощена. Мать по характеру добрая, отзывчивая, в настоящее время на пенсии. Отец умер в 1985 г. от сердечного приступа, отличался упрямым, властным, «деспотичным» характером, требовал от родных подчинения заведенным им строгим правилам. С середины семидесятых годов пил запойно. В опьянении становился раздражительным, дома устраивал ссоры, скандалы. Есть старший брат, 52 лет. Имел семью, в начале девяностых годов развелся, в настоящее время живет совместно с матерью и больной. В последние годы пьет запойно, в опьянении часто провоцирует ссоры.

Родилась в Москве. Беременность протекала нормально, роды в срок. В детстве часто болела простудными заболеваниями, перенесла корь, краснуху. Посещала ясли, а затем детский сад. Со слов матери знает, что в детстве была бойким, общительным ребенком, любила играть с детьми своего возраста в подвижные игры. Травм головы не было, эпизодов снохождения также не отмечалось. Помнит, что в детстве боялась засыпать в комнате без света, однако этот страх был непродолжительный, исчез уже к младшим классам школы.

В школу пошла в 7 лет. Быстро адаптировалась, хорошо успевала по всем школьным дисциплинам. Была активной, имела много подруг, любила заниматься общественной работой, была редактором классной газеты. В свободное время любила рисовать, вязать и шить. Менструации с 13 лет, установились сразу, колебаниями настроения не сопровождались. Лет с двенадцати стала терять интерес к общественной работе, больше времени стала проводить дома, остались лишь две подруги. Учиться продолжала хорошо.

Была сильно привязана к матери, отца недолюбливала. Тяжело переживала ссоры между родителями, жалела мать. Иногда после ссор снижалось настроение, испытывала тревогу за себя и за мать, старалась избегать встреч с отцом. Продолжительность подобных состояний не превышала нескольких дней. Отношения с братом в то время были неплохими, но «дружбы не было». В старших классах школы занималась с репетиторами, готовилась к поступлению в ВУЗ.

В возрасте 17 лет окончила общеобразовательную школу, пыталась поступить на биологический факультет МГУ имени Ломоносова, но не прошла вступительные экзамены. Была сильно расстроена, но больше никуда поступать не хотела. Устроилась работать лаборантом в конструкторское бюро. Быстро адаптировалась, с работой справлялась, на новом месте появились подруги. Через полгода ее повысили в должности до старшего лаборанта. В течение трех лет подряд безуспешно пыталась поступить в МГУ. Сильно переживала неудачи, много плакала. Продолжала работать на том же месте. В возрасте 21 года поступила в институт легкой промышленности, работу оставила. В институте быстро адаптировалась, много занималась, училась хорошо, но уже к концу первого семестра стала сильно уставать: было трудно справляться с нагрузками, стала плохо спать, появились боли в животе. Обратилась в районную поликлинику. В ходе обследования был диагностирован колит, по поводу которого проходила курс лечения в больнице. Боли несколько уменьшились, но чувство усталости не исчезло. Оформила академический отпуск. В дальнейшем состояние улучшилось, с удовольствием занималась домашним хозяйством. Вскоре после выхода из академического отпуска вновь появилась слабость, усилились боли в животе. Повторно лечилась в больнице, а еще через некоторое время в институте гастроэнтерологии. Везде диагностировали «колит». После выписки из больницы боли уменьшились незначительно.

В возрасте 23 лет решила оставить институт. В семье в те годы обстановка была беспокойная из-за пьянства отца, который постоянно

провоцировал ссоры. Переехала жить к тете в г. Мытищи, оставалась там больше года. Боли в животе прошли, но оставалось чувство слабости, утомляемость. В возрасте 24 лет была направлена в туберкулезную больницу в связи с подозрением на туберкулез лимфатических желез. Была недовольна условиями пребывания, боялась находиться вместе с тяжелыми больными туберкулезом. Чувствовала себя плохо, появились головокружения, «водило из стороны в сторону», попросила перевести в другую больницу. Была переведена в больницу имени Боткина, где находилась еще в течение полутора месяцев. Состояние еще более ухудшилось, появились аллергические высыпания, не проходило чувство слабости. После выписки из больницы около года ничем не занималась, жила у тети, эпизодически возникало чувство неясного телесного дискомфорта («внутри всю сдавливало»), эпизоды, когда «нечетко воспринимала окружающие предметы». Тем не менее, встречалась с подругами, посещала выставки. Интересы к мужчинам не проявляла. В 25 лет вернулась жить домой.

В том же возрасте во время прогулки на улице стала свидетелем драки между пьяными мужчинами. Возникло чувство тревоги, сердцебиения. Когда вернулась домой, тревога не прошла, в теменной части головы появилось чувство «сжатия» («как будто головной мозг сжался в одну точку»). Чтобы избавиться от этого ощущения, стала сильно трясти головой. Постепенно сердцебиения и тревога прошли, чувство «сжатия» уменьшилось. Состояние продолжалось несколько часов. В последующие дни эпизодически возникало ощущение «сжимания темечка», во время которых раздражали обычные звуки, слова родных («привязывались определенные слова и оседали в темечке»). Стала бояться, что это может привести к сумасшествию. Снизилось настроение, стала плохо спать, пропал аппетит, постоянно испытывала напряжение. Вскоре впервые обратилась в ПНД. Назначать лекарств не стали, рекомендовали сменить обстановку. Мать увезла ее в деревню, где настроение несколько улучшилось, нормализовался сон, прошло чувство напряженности, но ощущение сжатия в теменной области оставалось, любые громкие звуки

«оседали в голове и там некоторое время прокручивались». При этом усиливался страх, что может сойти с ума. Чтобы уменьшить эти переживания, совершала определенные движения головой. В последующие три года нигде не работала, помогала матери по хозяйству. Лучше себя чувствовала, когда вместе с матерью выезжала на дачу. Стала более замкнутой, постепенно стала утрачивать интерес к прежним знакомым, большую часть дня проводила за вязанием.

В возрасте 28 лет оформилась работать дворником в детский сад, который располагался рядом с домом («поняла, что без людей из этого состояния не выберусь»). В 1982 г. (ей 29 лет) заболела ОРВИ, несколько дней держалась высокая температура тела. С подозрением на туберкулезный менингит была направлена в больницу. Однако там данный диагноз не подтвердился, через 2 недели была выписана домой. Вышла на работу. Эпизодически испытывала неопределенную тревогу, головокружения, однако ощущения «сжатия» стали возникать значительно реже, полностью прошел страх сумасшествия. Стала работать няней в том же детском саду, т.к. считала, в движении будет чувствовать себя лучше. Наблюдалась у невропатолога, по назначению которого принимала непродолжительное время ноотропил.

В возрасте 33 лет несколько усилились головокружения, была направлена в неврологическое отделение больницы имени Боткина. Там внезапно почувствовала себя плохо: возникли «сильнейшие» сердцебиения», потливость, тревога, страх смерти. Приступ паники продолжался около получаса, ничем спровоцирован не был. Вскоре была выписана домой. В последующие дни приступы паники стали возникать практически ежедневно, появилось чувство «ватности» в ногах, оставалось ощущение «сжатия темечка». Постоянно находилась в тревожном ожидании приступов. Примерно через месяц после начала приступов паники стала опасаться выходить на улицу, неуверенно себя чувствовала в квартире одна. Состояние еще более ухудшилось, когда как-то ночью услышала с улицы крик о помощи: усилилась тревога, в голове «все заледенело», не могла к ней даже

притронуться, было ощущение, что «теряет рассудок». Мать увезла ее на дачу. На даче состояние несколько улучшилось: уменьшилась тревога, страх сумасшествия, приступы паники стали возникать реже, ощущение «сжатия темечка» исчезло. На даче придерживалась особой «системы оздоровления»: вставала в пять часов утра, шла на прогулку, постоянно делала физические упражнения, старалась больше времени проводить на свежем воздухе. Когда вернулась в Москву (август 1987 г.), состояние вновь ухудшилось: усилились приступы паники, тревога, снизилось настроение, ощущение «сжатия темечка», страх сумасшествия. Без матери на улицу не выходила, т.к. боялась, что ей не окажут помощь. Повторно обратилась в ПНД и была в первый раз направлена в ПБ №1 имени Алексеева, где находилась около 9 месяцев (с сентября 1987 г. по июнь 1988 г.). В больнице ей была оформлена 2 группа инвалидности. В ходе лечения настроение несколько улучшилось, уменьшились приступы паники, но выходила на улицу только в сопровождении других больных.

После выписки регулярно посещала ПНД, принимала поддерживающую терапию, но существенного улучшения в состоянии не наступало. Оставались панические приступы, на улицу одна не выходила. В возрасте 36 лет (конец 1989 г.) повторно лечилась в ПБ №1. Длительное время в больнице состояние не улучшалось, поэтому ей было проведено несколько сеансов инсулинотерапии. На фоне этих процедур улучшилось настроение, но страх одной выходить на улицу не уменьшился, также оставались ощущения «сжатия».

Вскоре после выписки состояние значительно улучшилось: исчезли приступы паники, появилась уверенность в своих силах, без матери могла ходить в магазин за продуктами, могла проехать несколько остановок в наземном транспорте. Состояние ухудшилось в начале 1992 г. (ей 39 лет), когда появилось чувство тревоги, боялась выйти одна из дома, однако приступы паники не участились. Когда оставалась дома одна, то страх был «настолько сильным, что хотелось кричать, звать на помощь». Боялась

выходить на улицу даже с матерью («казалось, что могу упасть, и все обратят на меня внимание»). Требовала, чтобы мать все время находилась рядом с ней. В третий раз лечилась в ПБ №1 с апреля по июль 1992 г. Состояние улучшилось на фоне приема мелипрамина в дозах 100-150 мг/сут.: могла выходить на улицу одна, уменьшилась тревога.

С 1993 г. по 1997 г. еще шесть раз лечилась в ПБ №1 в связи с обострением ОФР. В начале девяностых годов брат развелся, переехал жить к ним с матерью. Еще через некоторое время он пристрастился к употреблению алкоголя, часто возвращался с работы нетрезвым. В опьянении нередко угрожал больной физической расправой. Кроме того, из-за болезни матери ей приходилось одной вести домашнее хозяйство. В связи с учащением ссор с братом снижалось настроение, было трудно вести домашнее хозяйство, усиливались страхи. Обращалась в ПНД с просьбой о стационарировании в больницу. Осенью 1997 г. во время ссоры ударила мать по плечу. Через несколько дней после этого снизилось настроение, появилось чувство вины перед ней, вновь стала бояться выходить одна из дома, появились неприятные ощущения в области лица («стягивание, жжение, ползание мурашек в области лица»). В десятый раз лечилась в ПБ №1 весной 1998 г.

В последующие четыре года в больницу не поступала, однако состояние оставалось неустойчивым. Заметила, что хуже себя чувствует в весенние месяцы, когда появлялась апатия, было трудней справляться с домашними нагрузками. Хуже себя ощущала утром. Тем не менее, в больницу не ложилась, состояние улучшилось на фоне повышения дозы антидепрессантов, главным образом, amitriptyline. Снижение настроения не всегда сопровождалось усилением неприятных ощущений и страхов. Спокойно себя чувствовала дома и на улице, наземным транспортом пользовалась крайне редко. Каждое лето выезжала на дачу, где чувствовала себя намного лучше, чем в городе, продолжала там придерживаться «системы оздоровления». С начала 2001 г. прекратились месячные,

появились «приливы» в виде ощущений жара в области лица, повышенной потливости, стала плохо переносить духоту, громкие звуки. На фоне приема гомеопатических средств эти симптомы значительно уменьшились. Состояние вновь ухудшилось в марте 2002 г.: снизилось настроение, усилились неприятные ощущения в различных частях («стягивание, покалывание в позвоночнике, ползание мурашек в области лица»), страх езды в транспорте. В течение двух месяцев лечилась в ПБ №1, получала лечение паксиллом, эглонилом. В ходе лечения стала активнее, уверенно себя чувствовала на улице. После выписки поехала с матерью на дачу, где чувствовала себя удовлетворительно, принимала поддерживающую терапию.

С начала 2003 г. вновь стала бояться выходить одна на улицу, появилась апатия, участились ссоры с братом. После этих ссор усиливались неприятные ощущения в теле. Вела домашнее хозяйство, общалась только с матерью. С апреля по октябрь 2003 г. вновь вместе с матерью ездила на дачу, где чувствовала себя значительно лучше. Вскоре после возвращения в Москву в ноябре 2003 г. состояние ухудшилось: усилились головокружения, появилась апатия, много плакала, усилился страх одной выходить на улицу. Обратилась в ПНД и по путевке была стационарирована в ПБ №1.

Соматическое состояние. Кожные покровы чистые, зев спокоен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. PS 80 ударов в 1 мин., АД 115/80 мм рт. ст. Живот мягкий при пальпации безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Дизурических явлений нет. По консультации терапевта: хронический холецистит, гастрит, ремиссия, микролиты в почках. Консультация гинеколога: климактерический синдром.

Неврологическое состояние Зрачки правильной формы, носогубные складки симметричны. Язык по средней линии. Нарушений чувствительности не выявлено. Сухожильные и надкостничные рефлексы оживлены, симметричны. По консультации невропатолога: энцефалопатия сложного

генеза (нейроинфекция, психофармакотерапия, начальные проявления атеросклероза). Консультация окулиста: глазное дно без видимой патологии.

Психическое состояние

Ориентирована верно, контакту доступна. В одежде опрятна. Эмоционально маловыразительна. Выражение лица грустное, мимика бедная. В ходе беседы практически не жестикулирует. Отвечает в плоскости вопроса, по существу, подробно. Голос обычного тембра. Жалуется на апатию, страхи, «приливы». Описывает различные неприятные ощущения в теле: «стягивание, покалывание в позвоночнике», чувство «ползания мурашек» в области скул, «стягивание» в области шеи, «прострелы» в сердце. Временами эти ощущения приводят к появлению мыслей о каком-то «нераспознанном» заболевании, однако подчеркивает, что страха смерти или страха сумасшествия, как это было раньше, при этом нет. Настроение описывает как подавленное, хуже себя чувствует утром, больше выражена астения, все делает «через силу». Считает, что настроение не зависит от страхов, отмечает, что в последнее время ее больше беспокоит «депрессия». Говорит, что к страхам «уже привыкла». Заявляет, что уже более 20 лет не ездит в метро, крайне редко пользуется наземным транспортом, а в последнее время не может оставаться дома одна. Борьбы с этими страхами нет. Панические атаки редкие, сопровождаются сердцебиениями, дрожью в руках, неопределенным страхом. Вместе с матерью чувствует себя уверенно, может пройти большое расстояние, проехать несколько остановок в наземном транспорте. Считает, что ухудшение состояния связано с участвовавшими ссорами с пьяным братом, хотя соглашается, что «эти ссоры постоянны». Также отмечает частые «приливы» в виде потливости, ощущений жара в области лица, плохую переносимость громких звуков, яркого света. Аппетит снижен, но вкус пищи не утрачен. Мышление малопродуктивное, с соскальзываниями. Считает, что в последнее время ухудшилась память, стала «повышенно забывчивой». Ищет помощи.

Данные лабораторных и инструментальных обследований: Общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи - в пределах нормы. На ЭКГ умеренно-выраженные изменения миокарда. ЭЭГ - лёгкие изменения регуляторного характера.

Динамика состояния и лечение

В отделении держится незаметно. В первое время предъявляет жалобы на апатию, повышенную потливость, ощущение «стягивания» в области шеи. В дальнейшем уменьшилась апатия, появился аппетит, охотно вовлекалась в трудовые процессы, посещала сеансы гипнотерапии, групповые занятия с психологом, много вязала. Стала практиковать ежедневные «функциональные тренировки»: в первое время длительное время одна гуляла на улице, затем самостоятельно ездила на трамвае. При этом с каждым разом увеличивала длительность пребывания в ситуации, которая вызывала страх. Однажды во время возвращения из домашнего отпуска вместе с матерью проехала две остановки на метро. При этом испытывала некоторую напряженность, но приступа паники не возникло. Была этим очень довольна, т.к. не ездила в метро уже около 20 лет. Выписана домой в состоянии улучшения.

Лечение: флуоксетин - 20 мг/сут, алпразолам - 2 мг/сут, перфеназин - 8 мг/сут мг. Через три дня флуоксетин был отменен из-за усиления тахикардии, вместо него в схему был включен пароксетин – 20 мг/сут. На этом фоне состояние улучшилось.

Катамнез (через 1,5 года, больной 52 года)

Вскоре после выписки уехала на дачу, где находилась до начала ноября 2004 г. Чувствовала себя неплохо, регулярно принимала лекарства. Когда вернулась в Москву, состояние оставалось хорошим, несмотря на постоянные ссоры с братом. Самостоятельно вела домашнее хозяйство, уверенно себя чувствовала на улице, могла проехать несколько остановок на наземном транспорте, однако пользоваться метро не решалась даже с матерью. Состояние вновь ухудшилось с августа 2005 г., когда жила на даче. Снизилось

настроение, много плакала, пропал аппетит, усилились неприятные ощущения в различных частях тела. В октябре 2005 г. вернулась в Москву. Вскоре вновь стала бояться выходить одна из дома, из-за апатии не могла вести домашнее хозяйство. Лечилась в ПБ №1 с ноября 2005 г. по февраль 2006 г.

Анализ наблюдения

Данное клиническое наблюдение иллюстрирует перемежающе-поступательное течение заболевания. Следует отметить отягощенную наследственность по алкоголизму со стороны отца. В преморбиде преобладают психастенические черты. В детском возрасте отмечались непродолжительные ситуационно спровоцированные депрессивные состояния. Также следует подчеркнуть черты патологической привязанности к матери и эпизод детских страхов в возрасте 7 лет. В подростковом и юношеском возрасте – полиморфные соматические расстройства (колит, гастрит, нейроинфекция), которые в ряде случаев носили конверсионный характер, возникали по механизму «условной приятности и желательности». В инициальном периоде заболевания отмечались кратковременные деперсонализационные эпизоды в виде «эпизодически переживаемых ощущений измененности окружающего и собственной личности» (Н.Д.Лакосина, 1974). Манифестации панической атаки в возрасте 25 лет предшествовала условно-патогенная ситуация (драка между мужчинами на улице). К атипичным симптомам острого состояния паники следует отнести его затяжной характер и наличие вычурных сенестопатий («сенесто-коэнестезии», А.М.Басов, 1981). В дальнейшем присоединились тревожно-депрессивные расстройства и лиссофобия. Первый приступ болезни длился около полугода. После минования острого состояния сенестопатии и лиссофобия полностью не исчезли, присоединились элементы гиперестезия, а также негативные расстройства в виде аутизации, снижения круга интересов, пассивности.

Повторное обострение болезни - в возрасте 33 лет. В структуре панических атак доминируют вегетативные расстройства и сенестопатии, встречаются конверсионные симптомы. Страх сумасшествия сосуществует

вместе со страхом смерти от сердечного заболевания. Избегание фобических ситуаций быстро достигает степени «панагорафобии» (Л.Г.Дмитриева, 1996). Борьбы со страхами нет. Обратная динамика приступа заключается в уменьшении частоты панических атак, интенсивности ипохондрических страхов и степени фобического избегания. Продолжительность повторного приступа составила больше года. В последующие десять-пятнадцать лет течение заболевания приобрело волнообразный характер. В периоды обострений усиливались агорафобические страхи, увеличивалась частота панических атак, интенсивность сенестопатий и лиссофобии, присоединялись тревожно-депрессивные состояния. В периоды относительной стабильности процесса эти расстройства сохранялись на субклиническом уровне, большое место занимали неуклонно прогрессирующие негативные расстройства и симптомы «сверхценной» ипохондрии (А.Б.Смулевич, 1996) в виде особой системы оздоровления, которой больная придерживалась на даче. В последние годы в структуре обострений доминируют депрессивные состояния, причем преобладает не столько аффект тревоги, сколько аффект апатии, а сами депрессии носят отчетливые эндогенные черты. Неврозоподобные расстройства имеют регрессионную динамику: агорафобия протекает в виде транспортных фобий, преимущественно страха пользоваться метро, в структуре панических атак представлены лишь вегетативные симптомы («симптоматически бедные панические атаки» по DSM-IV,1994), сенестопатии отличаются простотой и конкретностью, полностью исчезает лиссофобия и кардиофобия. Большое место в клинической картине занимают негативные расстройства в виде аутизации, амбивалентного отношения к матери и расстройств мышления.

Таким образом, в соответствие с диагностическими критериями МКБ-10 психическое состояние больной соответствует рубрике F.40.01 «агорафобия с паническим расстройством». Коморбидные состояния представлены «паническим расстройством» (F.41.00) в виде редких «малых» панических атак, рекуррентным депрессивным расстройством (F.33.10) и соматоформной

вегетативной дисфункцией (F.45.3). По классификации МКБ-9 установлен диагноз «шизофрения вялотекущая, неврозоподобная, с аффективными колебаниями, перемежающе-поступательный тип течения».

4.2 Клиническая характеристика ОФР при неврозе навязчивых состояний

С целью выявления наиболее характерных клинико-динамических особенностей ОФР при шизофрении проводилось их сравнение с тревожно-фобическими и ОКР в рамках невроза навязчивых состояний (группа сравнения). Для этого были обследованы 25 пациентов с ОФР невротической природы. Катамнестически были обследованы 15 пациентов (60,0%) группы сравнения. Стереотип развития навязчивостей в этих наблюдениях был сходен с динамикой их развития у пациентов с разнообразными, несущими эмоциональную окраску Obsessions (Н.М.Асатиани, 1965, И.И.Сергеев, 1993, D.Klein, 1987).

Среди больных с невротическими навязчивостями также доминировали расстройства «панико-агорафобического спектра»: агорафобия (96,0%), паническое расстройство (92,0%) и ипохондрические страхи (88,0%). Агорафобия протекала преимущественно в виде транспортных фобий (72,0%), другие фабулы агорафобических страхов встречались в единичных наблюдениях (24,0%). Среди панических атак чаще регистрировались ситуационно спровоцированные панические приступы, реже встречались спонтанные, и практически не встречались малые (симптоматически бедные) панические атаки. Ипохондрические страхи касались главным образом соматической сферы (кардиофобия, танатофобия, инсультофобия, канцерофобия). Страх сумасшествия (лиссофобия) встречался у трети пациентов (32,0%) на отдаленных этапах заболевания в связи с контрастными Obsessions или социофобиями. ОКР проявлялись в виде контрастных мыслей, патологических сомнений и навязчивых воспоминаний (24,0%). Социофобии (36,0%) встречались преимущественно в структуре неманифестных панических атак.

Среди больных неврозом женщины встречались значительно чаще, чем мужчины (64,0% и 36,0% соответственно), что совпадает с данными других авторов (Н.М.Асатиани, 1966, Л.Г.Дмитриева, 1996). Средний возраст манифестации ОФР составил $26,5 \pm 8,1$, возраст больных ко времени нашего наблюдения составил $35,6 \pm 10,6$, длительность навязчивостей к этому времени составила $9,5 \pm 3,6$ лет. Как видно, эти данные существенно не отличаются от аналогичных показателей у пациентов с разнообразными, несущими эмоциональную окраску обсессиями шизофренического спектра. Некоторые отличия между группами наблюдались при анализе социально-демографического статуса: среди больных неврозом значительно выше был процент замужних (женатых) лиц (72,0%) и несколько чаще среди них встречались неработающие пациенты (48,0%). Другие же показатели не обнаруживают отличий между группами: показатель работающих лиц, в том числе учащихся, составил 32,0% для больных неврозами и 36,3% для пациентов с разнообразными, несущими эмоциональную окраску обсессиями шизофренического спектра, процент же инвалидов по психическому заболеванию был 20,0% и 22,7% соответственно.

Психопатологически отягощенная наследственность наблюдалась почти у половины больных неврозом (48,0%), причем у большинства из них преобладала отягощенная наследственность по алкоголизму (24,0%). У трети из них (32,0%) в дошкольном возрасте выявлялись специфические фобии. Они характеризовались преимущественно психогенным характером возникновения, простотой фабулы и сравнительной непродолжительностью (длительность страхов редко превышала нескольких месяцев). В половине наблюдений выявлены отклонения в системе воспитания (В.А.Гурьева, 1980). Наиболее часто выявлялась «гиперопека» (6 наблюдений) в виде постоянного контроля ребенка со стороны родителей, лишение его самостоятельности, навязывания своих решений и рекомендаций. Нередко (4 наблюдения) наблюдались элементы воспитания по типу «кумир семьи» со стремлением освободить

ребенка от малейших трудностей и обязанностей. Подобные стили поведения родителей часто сохранялись в их отношении с больными и в дальнейшем.

В преморбиде чаще всего регистрировались психастенические черты (48,0%), также нередко встречались личности с истерическими (24,0%) и с конформными особенностями характера (20,0%). Личности, отнесенные к конформным, характеризовались чертами аффективной лабильности, некоторой бескомпромиссностью в межличностных отношениях, впечатлительностью, непосредственностью реагирования. Указанные личностные особенности в ряде наблюдений облегчали возникновение тревожно-фобических реакций, т.е. можно говорить об определенной связи развития ОФР у больных неврозом со своеобразием личностного склада, что неоднократно отмечалось ранее (И.И.Сергеев, 2005, Н.Д.Лакосина, 1994, 1998).

Более чем в половине наблюдений (56,0%) манифестации ОФР предшествовали тяжелые психотравмы, которые включали ситуации, «разлаживающие переключаемость привычного стереотипа преморбиды» (Г.К.Ушаков, 1987) или ситуации «угрозы» (И.И.Сергеев, 2005). Наиболее частыми из них являлись следующие: потеря близких родственников, тяжелые болезни самих больных или их родных, внезапный разрыв отношений с партнером, длительное пребывание в ограниченном по объему помещении (вагон метро, лифт) с невозможностью из него выбраться, финансовый крах, кража личного имущества, служебные и семейные коллизии. Часто наблюдалось несколько невротизирующих ситуаций одновременно. У 28,0% больных развитию острых фобических приступов предшествовали биологические вредности, в первую очередь алкогольная интоксикация. Нередко возникновению ОФР предшествовали явления психической и физической слабости, которые рассматриваются как некий общий фон для развития невротических состояний.

Рядом авторов была прослежена определенная динамика формирования невротических ОФР: в начале преобладают вегетативные расстройства, затем сенсомоторные, аффективные и, наконец, идеаторные расстройства

(Н.Д.Лакосина, 1986, 1994). Указанная последовательность развития навязчивостей наблюдалась у всех больных этой группы, хотя не всегда можно было четко проследить все этапы.

В структуре манифестных панических атак, помимо разнообразных вегетативных расстройств в виде тахикардии, повышенной потливости, гиперемии кожных покровов, чувства удушья, тремора и ряда других симптомов, достаточно часто встречались истеро-конверсионные расстройства в виде ощущения «кома» в горле, «ватности» ног, «спазма нервов», «онемения» в различных частях тела, внезапной «оцепенелости», элементов истерически суженного сознания. На высоте приступа паники развивался страх смерти. Продолжительность панических атак редко превышала 15-20 минут. В последующие дни быстро формировалась «тревога ожидания» (D.Klein, 1981), отмечались повторные панические атаки, протекавшие более легко. Если приступы паники развивались в определенных ситуациях, чаще всего в метро или в наземном транспорте, то в дальнейшем формировался страх этой ситуации в виде монофобии. Следует отметить, что в ряде наблюдений преобладал не страх пользования метро, который описывается как ведущий среди транспортных фобий в условиях мегаполиса (Л.Г.Дмитриева, 1996, О.В.Михалевская, 2002), а страх пользования наземным транспортом. Сами больные объясняли это тем, что метро представляет более быстрый и безопасный вид транспорта, при этом редко наблюдаются ситуации, когда поезда длительное время находятся в тоннеле между платформами. При пользовании наземным транспортом практически регулярно удлиняется время маршрута, транспортные средства часто долгое время находятся в перегоне между остановками, что приводит к обострению ОФР.

Чаще всего больные оценивали острые фобические приступы как проявления соматических заболеваний, обращались за помощью к врачам общей практики, которые, как правило, ограничивались назначением успокоительных препаратов (настойки валерьяны, пустырника) и бензодиазепиновых транквилизаторов (феназепам, диазепам). Реже пациенты

оценивали эти феномены как проявления психического заболевания, обращались за помощью к представителям как традиционной (психотерапевты, поликлиники, частнопрактикующие врачи-психиатры), так и нетрадиционной медицины (экстрасенсы, знахари и т.д.). На начальных этапах заболевания пациенты крайне редко обращались в психоневрологические диспансеры.

Обратная динамика острого состояния заключалась в уменьшении количества панических атак, ипохондрических страхов и межприступной тревоги. Агорафобические страхи, главным образом, страх пользоваться метро и наземным транспортом, оставались, что приводило к изменениям активности и образа жизни больных («поведенческий компонент» невротизации по И.И.Сергееву, 2002). В большинстве наблюдений (56,0%) наблюдалось полное избегание фобических ситуаций, что сопровождалось удлинением времени поездок до работы, выбором маршрутов, пролегающих рядом с медицинскими учреждениями. Некоторые больные ездили на работу только на «такси» или на собственном автомобиле. В других наблюдениях (44,0%) преобладали механизмы «прямой защиты» в виде поездок в сопровождении близких лиц, ношения с собой лекарств, бутылок с водой или со слабоалкогольными напитками (пиво, джин-тоник), отвлечения внимания путем прослушивания музыки, чтения журналов и т.д. В случае остановки вагона метро в тоннеле между станциями или автобуса между остановками у них наблюдалось обострение тревоги, они прибегали к приему лекарств, слабоалкогольных напитков или воды. Если подобные ситуации повторялись, то больные постепенно отказывались от пользования общественным транспортом, т.е. у них появлялись элементы защиты в виде «фобического избегания».

Дальнейшее течение заболевания приобретало волнообразный характер. Для большинства больных (60,0%) было характерно присоединение к «расстройствам панико-агорафобического спектра» других ОФР. Нередко в структуре повторных панических атак регистрировались лиссофобии и социофобии. Так, больные боялись, что могут потерять над собой контроль и неправильно себя вести в присутствии посторонних, опасались, что при

возникновении тремора и пошатывании их примут за «алкоголиков» и «наркоманов». У двух больных в дальнейшем социофобии встречались и вне панических приступов, касались лишь небольшого числа конкретных ситуаций, преимущественно метро и наземного транспорта. Появление сенситивных идей отношения было нехарактерно. В 24,0% наблюдений в структуре неманифестных панических атак наблюдались контрастные мысли (суицидофобия и гомицидофобия) сопровождавшиеся транзиторным страхом сумасшествия. В тесной связи с контрастными obsessions развивались специфические фобии в виде страха высоты и острых предметов (16,0%): больные боялись, что могут «каким-либо образом» вскрыть себе вены, нанести вред маленьким детям, поэтому прятали ножи, боялись оставаться дома одни. В ходе обратного развития приступа вначале исчезали контрастные obsessions, что параллельно приводило к редуцированию специфических фобий и страха сумасшествия. Доминирование среди невротических навязчивостей контрастных мыслей оценивались авторами как «неблагоприятный исход невроза навязчивых состояний» (Н.М.Асатиани, 1966), «невротическое развития личности» (Н.Д.Лакосина, 1994), как «обсессивно-компульсивный невроз» (И.И.Сергеев, 2005). Последующие обострения протекали как с участием ОКР, так и без них, динамика заболевания определялось паническими атаками и агорафобией. Другие варианты ОКР (навязчивый счет, навязчивые сомнения) выявлялись только после целенаправленных вопросов, т.к. больные не считали их проявлением болезни.

В 40,0% наблюдений появление других видов ОФР было нехарактерно. Наблюдалось расширение агорафобических страхов за счет повторения панических атак в новых ситуациях: транспортные фобии осложнялись страхом езды в собственном автомобиле из-за регулярных остановках в «пробках», а в ряде наблюдений (24,0%) страхом выходить из дома и невозможностью находиться дома без посторонних лиц («постельный период» по Н.М.Асатиани, 1966). Во время обострения состояния частые панические атаки осложнялись выраженными тревожно-депрессивными реакциями, достигающими степени

раптоидных, больные были лишены возможности передвигаться по городу и оставаться дома одни. В межприступный период доминировали симптомы генерализованного тревожного расстройства, сопровождавшиеся единичными конверсионными симптомами. Для борьбы со страхами некоторые больные все чаще прибегали к приему алкоголя, что иногда сопровождалось появлением похмельного синдрома, а также к неконтрольному приему бензодиазепиновых транквилизаторов, и, как следствие этого, к развитию токсикомании (20,0%). На поздних стадиях заболевания страх смерти приобретал неопределенный характер, отсутствовала борьба со страхами, что свидетельствовало о сверхценном характере страхов. Подобные исходы описывались в литературе как «резидуальные невротические состояния» (К.Еrnst, 1959, И.И.Сергеев, 1989). У этой группы больных с невротическими ОФР прогноз следует оценить как менее благоприятный, чем у тех больных, где помимо расстройств «панико-агорафобического спектра», выявлялись и другие ОФР.

Особенности психических расстройств, коморбидных невротическим ОФР представлены в таблице 17.

Таблица 17. Распределение психических расстройств, коморбидных невротическим ОФР

конверсионные расстройства абс. (%)	соматоформные расстройства абс. (%)	вторичная депрессия абс. (%)	психопатоподоб- ные расстройства абс. (%)
5 (20,0)	11 (44,0)	5 (20,0)	1 (4,0)

Коморбидные невротическим навязчивостям психические расстройства отличались сравнительной простотой и «психологической понятностью». Наиболее часто, преимущественно у лиц с истерическими чертами в преморбиде, выявлялись конверсионные расстройства (44,0%). Как было отмечено выше, разнообразные конверсионные расстройства ощущений (F.44.6), движений (F.44.4) и истерически суженного сознания в виде диссоциативного ступора (F.44.2) регистрировались в структуре манифестных панических атак. В дальнейшем их удельный вес в структуре повторных

панических атак снижался, более длительное время в клинической картине сохранялись такие симптомы, как ощущение «ватности» ног и чувство «кома» в горле. Существование этих расстройств лишь в первое время сопровождалось ипохондрическими страхами, затем больные как бы игнорировали эти симптомы, хотя при прицельных вопросах и подтверждали, что страх, связанный с соматическим неблагополучием, остается (симптом «прекрасного равнодушия» по А.Б.Смулевичу, 2001). Соматоформные расстройства (20,0%) в виде пароксизмально возникающих или перманентных ощущений жжения в эпигастрии, «проколов» в области сердца, и некоторых других симптомов, как правило, не обнаруживали связи с паническим расстройством, могли выявляться в любом периоде заболевания. Лишь у нескольких больных они напоминали сенестопатии, хотя и здесь они отличались конкретностью, сравнительной простотой, не сопровождалась страхом сумасшествия. Депрессивные состояния выявлялись в 20,0% наблюдений. Во всех случаях они имели вторичный по отношению к другим психопатологическим расстройствам характер, их длительность редко превышала нескольких недель. Бóльшей длительности и глубины депрессивные расстройства достигали у тех невротиков, где ОФР истощались агорафобическими страхами. На начальных этапах заболевания генерализация панических атак нередко приводила к возникновению тревожно-депрессивных реакций, достигающих у трех больных степени агитированной депрессии. В дальнейшем депрессивные состояния и фобические расстройства могли развиваться параллельно друг другу при усилении неблагоприятных ситуаций, их динамика также зависела от внешних причин. Депрессии сопровождалась симптомами тоски и апатии, причем выраженность аффективных расстройств не смягчала страхов, что также отмечалось и другими авторами (Н.К.Липгарт, 1961, Н.Д.Лакосина, 1998). Психотерапевтическая работа с этими пациентами нередко приводила к достаточно быстрому уменьшению депрессивных расстройств. Развития спонтанных колебаний настроения не отмечалось.

Затяжной тип течения ОФР невротической природы с приступообразной и стационарной динамикой отмечался многими авторами (К.Еrnst, 1959, Н.М.Асатиани, 1966, И.И.Сергеев, 1989, А.А.Шмилович, 1999). В наших наблюдениях преобладала волнообразная динамика заболевания, как с тенденцией, так и без тенденции к прогрессированию (92,0%). Тенденция к прогрессированию характеризовалась присоединением на определенном этапе к агорафобическим страхам социофобий, контрастных obsessions, генерализованного тревожного расстройства, психогенных депрессивных состояний. Приступообразная динамика ОФР без тенденции к прогрессированию характеризовалась усилением агорафобических страхов в связи утяжелением психотравмирующей симптоматики или дополнительными биологическими вредностями. Генерализация фобий при этом сопровождалась лишь расширением ситуаций избегания, однако, присоединения других ОФР не отмечалось. Стационарная динамика ОФР наблюдалась в 2 наблюдениях. При этом отмечалась стабильность и относительная бедность ОФР, которые длительное время сохранялись почти в неизменном виде.

Некоторые особенности психопатологии и динамики ОФР при неврозе навязчивых состояний иллюстрирует наблюдение 3

Наблюдение 3. Больная К.Н.В., 1977 г.р. на момент обследования 25 лет. Поступила в ПБ №1 23.12.2002 г., выписана 31.01.2003 г.

Анамнез

Из родственников психиатрами никто не наблюдался. Матери 58 лет, длительное время работает педагогом, отличается энергичным, решительным, упрямым характером. Отцу 60 лет, по характеру спокойный, уравновешенный, в настоящее время живет в другой семье. Со слов матери знает, что в середине восьмидесятых годов он пристрастился употреблению спиртных напитков, в опьянении становился раздражительным, инициировал ссоры. Когда больной было 12 лет, родители развелись. Знает, что отец в дальнейшем повторно женился, «закодировался», уже много лет спиртные напитки не употребляет. Отношения с ним практически не поддерживает.

Единственный ребенок в семье. Родилась в г. Москве. Беременность у матери протекала с токсокозом на всем протяжении, родилась семимесячной. До шести месяцев находилась на искусственном вскармливании. Некоторое время наблюдалась невропатологами по поводу «повышенного мышечного тонуса». В детстве часто болела простудными заболеваниями, перенесла корь. С полутора лет посещала детский сад, шумные игры не любила. Росла замкнутым, впечатлительным, пугливым ребенком. Рано научилась читать, к общению со сверстниками не стремилась. Мать уделяла ее воспитанию все свое свободное время, ходила с ней в театры, на выставки («прививала любовь к искусству»).

В школу пошла в 7 лет. В начальных классах длительное время никак не могла привыкнуть к новой атмосфере, одноклассников сторонилась, были трудности в отношениях с учительницей, которая отличалась «очень жестким характером». В пятом классе (ей 12 лет) перешла в другую школу. В новой школе обстановка была менее напряженная. Успеваемость значительно улучшилась, особенно по гуманитарным наукам. Вскоре появились две подруги, с другими одноклассниками также поддерживала хорошие отношения. В старших классах школы проявляла интерес к общественной работе: редактировала школьную газету, писала стихи, небольшие статьи. В то же время по характеру была тревожной, легко могла расплакаться, лидером быть не стремилась. Мать старалась во всем ее контролировать, постоянно давала советы. Помнит, что в подростковом возрасте «без совета матери не могла принять ни одного решения». С конца восьмидесятых годов (ей 11 лет) из-за пьянства отца ухудшились отношения между родителями. После очередной ссоры мать собрала вещи и вместе с ней уехала жить к бабушке. Затем подала на развод, несмотря на уговоры мужа.

Примерно в 13 лет после смерти дальней родственницы стала бояться умереть от случайных причин. С этого времени «стала вести себя осторожно» («перестала кататься на качелях, была более внимательной при переходе дороги»). В том же возрасте наблюдались и другие страхи. Помнит, что после

того, как бабушка сказала ей, что у одного из пассажиров была обнаружена бомба, около полугода боялась ездить в автобусе. Услышав, что кто-то из знакомых матери умер во сне, долгое время боялась засыпать («казалось, что умру во сне»). Менструации появились в 13 лет, перепадами настроения не сопровождались. В 14 лет при «эмоциональных нагрузках» стали возникать перебои в работе сердца, головные боли, эпизоды пониженного давления. Терапевтом была диагностирована вегето-сосудистая дистония, в старших классах школы получала освобождение от экзаменов. Несколько позже появились боли и ощущения тяжести в животе. В ходе обследования были диагностированы различные заболевания желудочно-кишечного тракта (дискинезия желчных путей, эрозивный гастрит, колит). Помнит, что все эти расстройства обострялись преимущественно в весеннее – осеннее время, часто после дополнительных «стрессов».

После окончания школы в возрасте 17 лет пыталась поступать на исторический факультет педагогического института, но не прошла по конкурсу. В течение года нигде не работала, посещала подготовительные курсы, активно готовилась к вступительным экзаменам. В 1995 г. (ей 18 лет) успешно выдержала вступительные экзамены в тот же ВУЗ. В институте быстро адаптировалась, училась с энтузиазмом, с однокурсниками поддерживала хорошие отношения. Во время сдачи экзаменов заметно тревожилась.

Когда училась на первом курсе (ей 19 лет), влюбилась в однокурсника, непродолжительное время встречалась с ним, якобы, чувство было взаимным. Однако, через некоторое время он без объяснения причин заявил о разрыве отношений. После этого снизилось настроение, почувствовала «душевную пустоту», чувство беспредметной тревоги, стала плохо спать. Недели через две после этого внезапно почувствовала себя плохо в метро: возникли сердцебиения, потливость, чувство «кома» в горле, страх смерти от сердечного приступа. В последующие дни чувствовала себя тревожно, боялась повторения приступа паники. Через неделю в метро паническая атака повторилась. После этого перестала пользоваться метро, добиралась до института на наземном

транспорте. Еще через несколько дней застряла в лифте между этажами. При этом усилилась тревога, вновь появилось чувство «кома» в горле», страх смерти. После этого лифтом не пользовалась, добиралась до квартиры по лестнице.

Весной 1996 г. (ей 20 лет) увидела, как на улице неизвестный мужчина потерял сознание и в течение длительного времени никто к нему не подходил. Возникла мысль, что и она также «может оказаться без помощи». Вечером того же дня почувствовала себя плохо в автобусе: возникли сердцебиения, «трясучка всего тела», потливость. Вышла из автобуса, до дома добралась пешком. На следующий день обратилась на прием к терапевту, который рекомендовал посетить ПНД. По рекомендации районного психиатра стала принимать amitriptyline и teralene. На этом фоне состояние несколько улучшилось, однако в течение последующих двух-трех месяцев ездила на учебу только в сопровождении матери. При этом панических приступов не возникало, но оставалась напряженность, чувство «внутреннего беспокойства». Несмотря на страхи, учебу не прерывала. Старалась преодолеть страх перед лифтом: ездила на лифте, держа в кармане таблетку феназепам. Состояние существенно улучшилось примерно через полгода: полностью исчезли приступы паники, спокойно себя чувствовала на улице, в наземном транспорте, без опаски пользовалась лифтом. Однако в метро ездила только в случае крайней необходимости, т.к. испытывала там чувство дискомфорта, а, когда поезд останавливался между станциями, возникали «предпанические» состояния: усиливалась тревога, перебои в работе сердца, но страха смерти не было. С середины 1997 г. (ей 20 лет) лекарства принимать прекратила.

В возрасте 22 лет окончила институт по специальности «преподаватель истории». Около года отработала по специальности в колледже. В новом коллективе долго не могла адаптироваться, была недовольна невысокой заработной платой. С радостью приняла предложение матери работать вместе с ней в НИИ. Достаточно быстро освоила работу инженера по компьютерам, в новом коллективе быстро адаптировалась. До работы добиралась вместе с

матерью на машине. Спонтанных колебаний настроения не отмечалось, однако временами возникал дискомфорт в области сердца, ощущение «кома» в горле. При этом боялась, что приступы паники могут вернуться. В 23 года лечилась у гинеколога по поводу кисты яичника.

В конце 2001 г. (ей 24 года) познакомилась с молодым человеком, который работал в той же, что и она организации. Испытала к нему сильное чувство, он ответил ей взаимностью. Спустя некоторое время он предложил переехать жить к нему. Однако его родители встретили ее довольно враждебно, говорили, что она живет с ним по «корыстным соображениям». В дальнейшем они стали относиться к ней несколько лучше, однако «душевного понимания не было». Спустя какое-то время заметила, что стала испытывать от него «зависимость». Если его долгое время не было рядом, появлялось чувство тревоги, мысли, что он может ее оставить. Характеризует его как человека замкнутого, малообщительного, любящего домашний уют. Неоднократно пыталась уговорить его пойти в театр или на выставку, однако всегда встречала «непонимание». В марте 2002 г. оформила с ним отношения официально. В течение полутора лет не была в отпуске, постепенно накапливалось «чувство усталости», которое проявлялось в виде трудностей справиться с повседневными нагрузками, усилением головных болей, проблем со сном.

С мая 2002 г. вновь усилилось чувство напряжения в метро, еще через некоторое время стала неуверенно себя чувствовать и в автобусе («представляла себе самое плохое, и от этого усиливалась тревога»). Вместе с мужем или с матерью чувствовала себя спокойно. С июня 2002 г. усилились перебои в сердце, стала испытывать тревогу, когда находилась дома одна, постоянно испытывала страх, что могут вернуться «приступы паники». Практически все время находилась вместе с мужем. В июле 2002 г. взяла на работе отпуск, собиралась вместе с ним поехать на базу отдыха в Тверской области. За три дня до намеченного отъезда усилилась тревога, хотела даже отложить поездку. Но в последний момент ехать все же решила. В поезде состояние резко ухудшилось: появились сердцебиения, тремор, «пересохло

горло», в тревоге металась по вагону поезда, был выраженный страх смерти. Находящейся рядом муж сильно испугался, не мог понять, как он ей может помочь. Состояние паники длилось около двадцати минут, прошло самостоятельно. Когда прибыли к месту отдыха, страх оставался, боялась, что «вдали от цивилизации» никто не поможет. На следующий день позвонила матери и попросила отвезти ее обратно домой. Вместе с матерью и мужем на машине вернулась в Москву, где тревога уменьшилась. По совету родных обратилась к районному психиатру, который рекомендовал принимать эглонил и алпрозолам. На фоне приема препаратов уже через неделю состояние значительно улучшилось, уменьшилась тревога. Вместе с матерью и мужем вернулась на базу отдыха, где провела оставшиеся две недели отпуска. Чувствовала при этом неплохо, продолжала принимать лекарства.

В конце августа 2002 г. вышла на работу. Ездила туда вместе с мужем. Повторно обратилась в ПНД, но участковый психиатр в это время оказался в отпуске. Другой доктор вместо эглонила рекомендовал прием паксила. Однако уже на третий день после смены препарата состояние ухудшилось: появилась сонливость, ухудшилось зрение, обострилась тревога. Позвонила в ПНД по телефону, но доктор рекомендовал продолжить прием препаратов. Самостоятельно решила вернуться к приему эглонила. Однако вскоре появилась галакторрея, прекратилась менструации. Прекратила прием всех препаратов.

Состояние вновь ухудшилось с конца октября 2002 г.: вновь появились приступы паники, не могла одна ездить в метро и в автобусе, постоянно пребывала в напряжении. В присутствие мужа чувствовала лучше, могла ездить в транспорте. В диспансер решила не обращаться, около месяца без видимого эффекта принимала гомеопатические препараты. Непродолжительное время принимала сонопакс, но улучшения не было. В начале декабря появился страх, что может «внезапно» выброститься с балкона своей квартиры, при переходе дороги ярко представляла, как «бежит прямо под машину». Очень

испугалась этой мысли, обратилась повторно в ПНД, попросила направить ее в больницу.

Соматическое состояние. Среднего роста, пониженного питания. Кожные покровы чистые, зев спокоен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. PS 84 ударов в 1 мин., АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет. По консультации терапевта: вегето-сосудистая дистония. Консультация гинеколога: гинекологических заболеваний не выявлено.

Неврологическое состояние Зрачки правильной формы, язык по средней линии. Нарушений чувствительности не выявлено. Сухожильные рефлексы без разницы со сторон. Патологических менингеальных знаков нет. Консультация окулиста: Глазное дно без видимой патологии.

ЭЭГ Умеренные общемозговые изменения ЭЭГ неспецифического характера с признаками регуляторных расстройств. По консультации невропатолога: неврологических заболеваний не выявлено.

Психическое состояние

Выглядит моложе своего возраста. Ориентирована верно, контакту доступна. Выражение лица беспокойное, тревожное. Говорит быстро, сбивчиво, легко перескакивает с темы на тему. Ерзает на стуле, жестикулирует. Жалуется на приступы панического страха, тревогу, беспокойный сон. Приступы паники проявляются в виде сердцебиений, ощущений «кома» в горле, тремора, сопровождаются страхом смерти. Из-за страха, что ей никто не поможет, боится оставаться дома одна, пользоваться с транспортом. Часто сердцебиения возникают лишь при мысли, что нужно будет остаться одной. Обеспокоена тем, что в последнее время возникает мысль, что может внезапно выбраться с балкона, потерять контроль над своим поведением. Настроение характеризует как тревожное, также говорит о чувстве апатии, трудностях справляться с повседневными делами. Считает, что настроение зависит от уровня тревоги. Аппетит снижен, но вкус пищи не утрачен. Засыпает долго, спит тревожно, с частыми пробуждениями, утром нет бодрости. Ищет

помощи, сожалеет о том, что пришлось опять лечь в больницу. Мышление грубых расстройств формальной логики не обнаруживает.

Данные экспериментально-психологического исследования

Выявлено выраженная дисгармоничность личностной структуры по психастеническому типу. Выраженных нарушений интеллектуально-мнестической деятельности не выявлено.

Динамика состояния и лечение

В отделении быстро адаптировалась, достаточно быстро нормализовался аппетит. В первое время сохранялся пониженный фон настроения, жаловалась на апатию. Примерно через неделю после поступления в больницу стала выходить на улицу, говорила, что тревога усиливается к вечеру. Страх сумасшествия полностью прошел. Старалась каждый день форсировать «функциональные нагрузки», увеличивала время экспозиции. Еще через некоторое время стала ездить одна в трамвае. В первое время оставалась тревога, несколько раз возникало «предприступное» состояние, но «страх перебарывала». Ходила в домашние отпуска, где была активна, занималась домашним хозяйством. Постепенно чувство тревоги полностью прошло, исчезла апатия.

Лечение: кломипрамин - 4,0 в/в струйно, алпразолам 1,5 мг/сут, перфеназин - 4 мг/сут мг. В дальнейшем она принимала кломипрамин - 75 мг/сут, алпразолам 1 мг/сут.

Катамнез (через 1 год, пациентке 26 лет)

Вскоре после выписки вышла на работу. В первое время ездила на работу только вместе с мужем, оставалась небольшая тревога в метро. Регулярно принимала лекарства. В дальнейшем спокойно чувствовала себя дома, пользовалась наземным транспортом, однако метро пользоваться опасалась. Временами обострялась тревога, возникали мысли, что может «что-то с собой сделать», но это «длилось недолго». Через три месяца после выписки из больницы забеременела, прекратила принимать лекарства. Во время беременности усилилось чувство тревоги, боялась, что не сможет воспитать

ребенка. При этом страх езды в транспорте практически полностью прошел, также не обострялся страх сумасшествия. Беременность протекала без патологии, роды в срок. После рождения ребенка тревога не усилилась, с уходом за ребенком справлялась, ощущала поддержку мужа.

Анализ наблюдения

Из анамнеза следует отметить отягощенную наследственность со стороны отца по алкоголизму, перинатальную патологию. С раннего детства отличалась тревожно-мнительными, и, в меньшей степени, шизоидными чертами характера. Воспитывалась в обстановке «гиперопеки» со стороны матери, которая сохранялась вплоть до юношеского возраста пациентки. Различные страхи (страх ездить в транспорте, умереть во сне), наблюдающиеся в возрасте 12-13 лет, были ситуационно обусловлены, отличались транзиторным характером. В том же возрасте отмечались функциональные расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта, имеющие сезонность и психогенный характер обострения. Манифестации ОФР в возрасте 19 лет предшествовала психотравмирующая ситуация (внезапный разрыв отношений с любимым человеком), осложнившаяся психогенной депрессией. На этом фоне в метро возникла первая паническая атака, в структуре которой, помимо разнообразных вегетативных симптомов, встречались единичные конверсионные феномены. Быстро появилась «тревога ожидания», а после повторного приступа паники сформировалась агорафобия (страх поездок в метро). После присоединения ОФР психогенная депрессия редуцировалась. В дальнейшем в течение года отмечалась генерализация агорафобических страхов за счет повторения вегетативных кризов в новых ситуациях (страх поездок в наземном транспорте и в лифте). Обратная динамика приступа заключалась в исчезновении панических атак, уменьшении фобического избегания. Борьба с фобиями на этом этапе приняла форму «прямой защиты»: больная использовала во время поездок сопровождающее лицо (мать), при пользовании лифтом носила с собой лекарства. В межприступный период оставался страх пользоваться метро, эпизодически возникали конверсионные

расстройства. В дальнейшем вышла замуж, стала испытывать зависимость от мужа. Повторному обострению симптоматики предшествовали астения и пребывание в ограниченном по объему помещении (вагон поезда). На высоте панической атаки отмечалось раптоидное состояние. Некоторое послабление симптоматики наблюдалось на фоне приема эглонила, преобладали элементы «прямой защиты» (ездила только в присутствии родных). После отмены эглонила наблюдалось усиление агорафобических страхов, вплоть до появления панагорафобии, присоединились контрастные навязчивости и страх сумасшествия. В структуре депрессивных расстройств преобладала тревога, а сами депрессии носили вторичный характер. Обратная динамика повторного обострения заключалась в исчезновении лиссофобии и контрастных навязчивостей, панических приступов, нормализации настроения, уменьшении агорафобических страхов.

В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 психическое состояние больной соответствовало рубрике F.40.01 «агорафобия с паническим расстройством». В качестве коморбидных агорафобии расстройств выступают «паническое расстройство» (F.41.00), «ипохондрическое расстройство» (F.45.2) в виде лиссофобии и «обсессивно-компульсивное расстройство» (F.42.2) в виде контрастных мыслей. Другие коморбидные состояния соответствуют рубрике «умеренного депрессивного эпизода» (F.32.1), а также «тревожного расстройства личности» (F.60.6). По классификации МКБ-9 установлен диагноз «невроз навязчивых состояний у тревожно-мнительной личности, течение приступообразное с тенденцией к прогрессированию».

Как было отмечено выше, наибольшие дифференциально-диагностические трудности наблюдались между больными неврозом и больными шизофренией с преобладанием разнообразных, несущих эмоциональную окраску obsessions. Различия между этими группами в обобщенном виде представлены в таблице 18.

Таблица 18. Дифференциальная диагностика разнообразных, несущих эмоциональную окраску навязчивостей шизофренического спектра и невротических ОФР

Признак	Разнообразные, несущие эмоциональную окраску ОФР	ОФР в рамках невроза навязчивых состояний
преморбид	преимущественно психастенический и шизоидный	психастенический, гармоничный, истерический
манифестация ОФР	чаще спонтанная или вследствие воздействия биологических вредностей	преобладают значимые для личности психогении
структура панических атак	вегетативные симптомы, сенестопатии, деперсонализация-дереализация, лиссофобия	вегетативные и конверсионные симптомы, кардиофобии, танатофобии
продолжит-ть панических атак	30-40 минут и более	не превышают 30 минут
особенности лиссофобии	возникает в дебюте болезни, вторична по отношению к сенестопатиям и деперсонализации	возникает на поздних этапах, вторична по отношению к контрастным obsessions и социофобии
телесные сенсации	сенестопатии: пароксизмальные в начале болезни и хронические в последующем	конверсии: более полиморфные вначале и единичные в дальнейшем
депрессивные расстройства	вторичные, преимущественно тревожные, и эндогенные, чаще всего апатические, депрессии	вторичные тревожно-депрессивные состояния, психогенные депрессии

Особенности комплексной терапии расстройств «панико-агорафобического спектра» представлены в таблице 19.

Таблица 19. Лечение больных с расстройствами «панико-агорафобического спектра»

	Медикаментозная терапия				Психотерапия абс. (%)	Др. методы абс. (%)
	нейролептики абс. (%)	антидепрессанты абс. (%)	транквилизаторы абс. (%)	др. лек. ср-ва абс. (%)		
2-й вариант (n=22)	16 (72,7)	22 (100,0)	11 (50,0)	6 (27,3)	17 (77,3)	3 (13,6)
Невр. ОФР (n=25)	12 (48,0)	25 (100,0)	20 (80,0)	11 (44,0)	23 (92,0)	3 (4,7)

Антидепрессанты принимали все больные обеих групп. Использовались преимущественно антидепрессанты из группы СИОЗС: пароксетин (20-50 мг/сут), циталопрам (10-40 мг/сут), эсциталопрам (10-20 мг/сут) и сертралин (50-200 мг/сут), флуоксетин (20-40 мг/сут). Несколько реже использовались ТЦА: имипрамин, как при пероральном (75-150 мг/сут), так и при внутримышечном способе введения (50-100 мг/сут), кломипрамин (50-150 мг/сут) и amitриптилин (50-150 мг/сут). Значительных различий по степени редукции острых фобических приступов и коморбидных депрессивных состояний у больных, получавших различные антидепрессанты, получено не было. В тоже время препараты из группы СИОЗС были значительно более эффективны, чем ТЦА (кроме кломипрамина) в отношении уменьшения степени агорафобического избегания, что позволяет именно их рекомендовать для длительного поддерживающего лечения.

Транквилизаторы использовались у 80,0% невротиков и у половины больных с разнообразными, несущими эмоциональную окраску навязчивостями. Чаще всего эти средства применялись в первые две-три недели лечения для редукции панических приступов и тревожно-ажитированных состояний, а также для коррекции диссомнических расстройств. Чаще других использовались диазепам, преимущественно при внутривенном (10-20 мг/сут) и внутримышечном введении (10-30 мг/сут), алпразолам (1-3 мг/сут) и лоразепам (2-6 мг/сут).

Нейролептические средства чаще использовались у пациентов с разнообразными, несущими эмоциональную окраску навязчивостями (72,7%), и 48,0% больных невротами. При высоком удельном весе в структуре панических атак сенестопатий с первых же дней использовался сульпирид перорально в дозах 50-250 мг/сут, и при состояниях «сенестопатической растерянности» (И.Р.Эглитис, 1977) его назначали внутривенно (200-500 мг/сут). При малоэффективности и при плохой переносимости сульпирида, главным образом, вследствие галакторреи и нарушений менструального цикла, использовались атипичные антипсихотики в невысоких дозах: кветиапин (100-400 мг/сут) и амисульпирид (100-300 мг/сут). Следует отметить, что улучшения состояния больных с высоким удельным весом сенестопатий наблюдалось только при снижении интенсивности последних. При коморбидных ОФР деперсонализационно-дереализационных состояниях применялись типичные и атипичные антипсихотики в средних дозах: трифлуоперазин (5-20 мг/сут), перфеназин (4-12 мг/сут), рисперидон (1-3 мг/сут). Если в клинической картине большое место занимали сенесто-ипохондрические состояния и явления «сверхценной ипохондрии» (А.Б.Смулевич, 1996), то чаще других использовался типичные антипсихотики в невысоких дозах: перфеназин (2-10 мг/сут), трифлуоперазин (2,5-15 мг/сут) и галоперидол (1,5-5 мг/сут). Седативные нейролептики (хлорпротиксен- 30-100 мг/сут, галоперидол в каплях для приема внутрь - 0,5-1,5 мг/сут, левомепромазин – 25-75 мг/сут, клозапин – 25-100 мг/сут) служили своеобразной альтернативой транквилизаторам в первые недели лечения, т.е. использовались для снятия «тревоги ожидания» и ажитации. Нередко эти средства назначались после двух-трех недельного курса лечения транквилизаторами в целях избегания привыкания к последним.

Абсолютному большинству невротиков (92,0%) и большей части больных шизофренией с разнообразными, несущими эмоциональную окраску навязчивостями (77,3%) проводилась когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ), которая применялась во время всего срока их пребывания в стационаре.

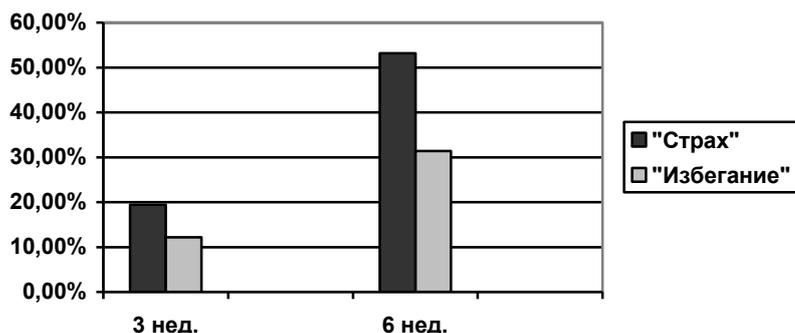
В случае сочетания агорафобии с коморбидными расстройствами (сенестопатиями, деперсонализацией-дереализацией, рекуррентными депрессиями), а также при значительной выраженности «тревоги ожидания» и частых панических атаках КПТ проводилась после редукции или значительного смягчения коморбидных состояний. На начальном, когнитивном этапе КПТ, который длился в течение первого месяца пребывания больных в стационаре, им объяснялась сущность пугающих симптомов, подчеркивалось, что реальной угрозы жизни во время панических приступов нет, иногда подчеркивалась их «полезность» для здоровья («дидактическое разубеждение» по А.М.Бурно, 2001). Так, больным предлагали трактовать панические атаки как «выход накопившейся тревоги», «тренировку для сердечной мышцы». При социофобических включениях в структуре панических атак использовались элементы «парадоксальной интенции» (V.Frankl, 1966), направленные на доведения ситуации до абсурда. Так, больным предлагали показать, как они будут метаться или краснеть в вагоне метро, при этом для лишения негативного эмоционального подкрепления страха использовался юмор и ирония. При страхе сойти с ума им твердо заявляли, что угрозы «сумасшествию» нет.

Во время поведенческого этапа КПТ (4-8 нед.) осуществлялся переход к методам, направленным на угашение степени агорафобического избегания. Чаще всего использовалась методика систематической десенсибилизации (P.DiNardo, 1981) и метод «функциональных тренировок» (Н.М.Асатиани, 1975). Больным давались четкие рекомендации по ежедневному пребыванию в пугающих ситуациях, с постепенным увеличением дозы экспозиции. При этом темп наращивания интенсивности, начальная доза экспозиции и тактика поведения в фобических ситуациях в случае возникновения панической атаки варьировались в каждом конкретном случае. Часто перед погружением больного в ситуацию, вызывающую страх, например перед выходом на улицу, использовалась методика «5 колонок» (А.М.Бурно, 2001). При этом больными заполнялась таблица, где они вначале оценивали вероятность смерти от

сердечного приступа или инсульта и связанную с этим тревогу (в процентах), затем обосновывали невозможность совершения подобного события, часто используя для этого данные лабораторных методов обследования и медицинской литературы, и затем вновь оценивали вероятность совершения трагического события. Эффективным оказалось использование группового варианта поведенческого тренинга (Л.Г.Бородина, 2005), когда тренировки в фобических ситуациях совершались совместно двумя-тремя больными агорафобией. Это повышало эффективность КПТ за счет положительных взаимовлияний больных: более активные служили положительным примером для пассивных. КПТ оказалась менее эффективной в случае сверхценного характера страхов, преобладания защитных действий в виде избегания фобических ситуаций, а также у тех больных, которые в явной или скрытой форме демонстрировали неприятие всякой психотерапии.

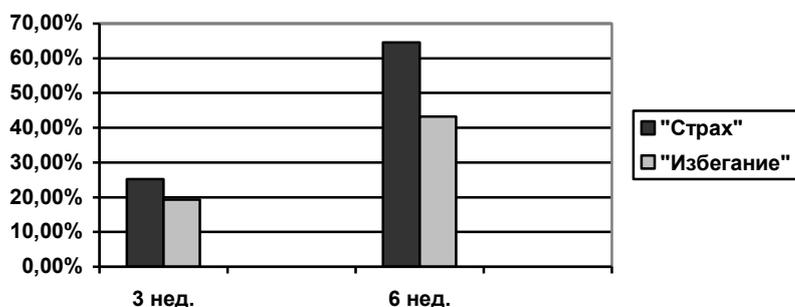
Для общей оценки эффективности комплексного лечения пациентов с расстройствами «агорафобического спектра» использовалась стандартная шкала фобий в модификации Marks-Sheehan. Подшкала «страх» этой шкалы оценивает паническую составляющую фобического синдрома, а подшкала «избегание» - степень фобического избегания. Терапия считается эффективной при более чем 50% снижении в сравнении с исходным баллом показателей этой шкалы. Динамика снижения средних баллов обеих подшкал у больных с разнообразными, несущими эмоциональную окраску навязчивостями представлена на рис.2.

Рисунок 2. Динамика снижения общего среднего балла подшкал Шкалы фобий в модификации Marks-Sheehan (по шкале абсцисс - недели терапии, по шкале ординат – снижение среднего балла в %) при разнообразных, несущих эмоциональную окраску навязчивостях.



Как видно из рисунка, терапия может быть признана успешной только в отношении подшкалы «страх», которая коррелировала с редукцией панических атак и ипохондрических страхов (снижение среднего балла к 6 неделе терапии составила 53,2%). Степень уменьшения избегающего поведения составила лишь 31,4% по сравнению с исходными показателями. Близкие показатели были получены и для больных неврозом навязчивых состояний (рис.3).

Рисунок 3. Снижение общего среднего балла подшкал «страх» и «избегание» Шкалы фобий Marks-Sheehan (по шкале абсцисс - недели терапии, по шкале ординат – снижение среднего балла в %) при невротических ОФР.



Степень редукции среднего балла по подшкале «страх» составила 64,6% по сравнению с первоначальными показателями. Также у невротиков отмечалось несколько большее, чем у больных предыдущей группы, снижение суммарного балла по подшкале «избегание» (43,2% от первоначального уровня), хотя и здесь терапия не может быть признана эффективной. Успех лечения в отношении редукции панических приступов связан с высокой анксиолитической активностью транквилизаторов и седативных

нейролептиков, эффект которых развивается уже с первых дней приема. Кроме того, анксиолитическое действие антидепрессантов развивается в первые 2-4 недели терапии. Как отмечалось выше, транквилизаторы не оказывают существенного влияния на степень фобического избегания, а антифобический эффект антидепрессантов из группы СИОЗС и кломипрамина развивается только через 3-6 месяцев их постоянного приема в средних и высоких дозах (С.Н. Мосолов, 2005). Косвенным подтверждением этого предположения является то, что у нескольких больных, находящихся под нашим наблюдением в течение длительного времени, спустя два-три месяца после выписки из больницы отмечалось заметное снижение агорафобических страхов.

ГЛАВА V

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА СМЕШАННЫХ НАВЯЗЧИВОСТЕЙ С ПРИСТУПООБРАЗНЫМ ТЕЧЕНИЕМ

Смешанные навязчивости, включающие как абстрактные, так и эмоционально окрашенные obsessions наблюдались у 25 больных (37,3% от всех исследованных больных с расстройствами шизофренического спектра). У всех пациентов этой группы наблюдалось приступообразное течение ОФР. Преобладали пациенты с ОКР (96,0%) и ипохондрическими страхами (80,0%). Среди ОКР в 72,0% наблюдений регистрировались разнообразные контрастные мысли (влечения, представления, «хульные» мысли). Ипохондрические страхи были представлены преимущественно лиссофобией, гепатитофобией и СПИДофобией, имели независимый от других ОФР стереотип развития. Специфические фобии (40,0%) проявлялись в виде страха острых предметов, высоты и крови. Социофобии (36,0% наблюдений) выявлялись, как правило, в структуре других состояний, являясь одним из компонентов общего полиморфизма синдромов. В структуре панического расстройства (32,0% наблюдений) преобладали ситуационные панические атаки. Таким образом, у больных этой группы наблюдался наибольший среди всех трех групп полиморфизм ОФР, были широко представлены как тревожно-фобические расстройства (рубрики F.40, F.41, F.45.2 по МКБ-10), так и разнообразные феномены круга ОКР (рубрика F.42 по МКБ-10).

Среди пациентов женщины встречались чаще, чем мужчины (16 и 9 наблюдений соответственно). Средний возраст больных ко времени манифестации ОФР составил $24,1 \pm 8,6$ лет. В большинстве наблюдений (64,0%) длительность навязчивостей не превышала 4-х лет. Этот показатель был существенно ниже, чем аналогичные показатели у пациентов двух других групп.

40,0% пациентов продолжали работать или учиться, 60,0% больных ко времени нашего наблюдения не работали или являлись инвалидами по

психическому заболеванию. Преобладали одинокие лица (60,0%), хотя процент тех, кто состоял в браке, также был достаточно высоким (36,0%).

У двух третей пациентов (68,0%) наблюдалась психопатологически отягощенная наследственность. Чаще всего встречались указания, что среди их родных были лица с эндогенными заболеваниями, главным образом с аутохтонными депрессивными состояниями (32,0%), несколько реже - с признаками алкогольной зависимости (28,0%). Также следует отметить высокую распространенность у них в детском возрасте специфических фобий (52,0%), преимущественно в виде страха темноты. В преморбиде пациенты характеризовались психастеническими (40,0%) и шизоидными чертами характера (36,0%).

В большинстве наблюдений (80,0%) развитию ОФР предшествовали другие психопатологические состояния: аутохтонные аффективные расстройства, острые психотические состояния, непродолжительные деперсонализационные эпизоды, явления «метафизической интоксикации» и дисморфофобии. Аффективные расстройства носили как монополярный, так и биполярный характер. В структуре депрессивных фаз доминировали явления круга позитивной аффективности (А.Б.Смулевич, 1997) в виде тоски с идеями самообвинения, суицидальными тенденциями, а также тревоги, носящей беспредметный характер. Маниакальные эпизоды следовали непосредственно за депрессивными фазами и длились не более месяца. Острые психотические состояния параноидной и онейроидно-кататонической структуры требовали помещения больных в стационар, часто в порядке недобровольном госпитализации. Деперсонализационные расстройства развивались аутохтонно, длились не больше нескольких минут и проявлялись в виде симптомов острой соматопсихической и аутопсихической деперсонализации, которые были крайне тягостны для пациентов, осложнялись страхом сумасшествия. Явления «метафизической интоксикации» встречались в подростковом возрасте и характеризовались разнообразными увлечениями: решение «глобальных» философских проблем, одностороннее занятие различными религиозными

практиками, «штудирование» работ известных философов и психологов. Дисторфофобические состояния сопровождались идеями отношения и депрессивным аффектом, часто носили затяжной характер, а иногда сосуществовали вместе с развившимися позднее навязчивостями. Таким образом, можно заметить, что в большинстве наблюдений предпочтительные для эндогенного заболевания состояния предшествовали развитию obsessions, что сближало этих пациентов с теми больными, где доминировали полиморфные абстрактные навязчивости.

В большинстве наблюдений (60,0%) навязчивости развивались аутохтонно, еще в 32,0% случаев их возникновению предшествовали различные психогенные воздействия. Повторные обострения навязчивостей, чаще развивались после психогенных провокаций.

В зависимости от структуры обсессивного синдрома и коморбидных состояний было выделено два варианта приступов с доминированием ОФР: неврозоподобные (60,0% наблюдений) и аффективно-обсессивные (40,0% наблюдений) состояния.

Развитию неврозоподобных приступов предшествовали дисторфофобии, деперсонализационные эпизоды и явления «метафизической интоксикации». Приступы развивались остро, часто больные могли точно назвать дату начала заболевания. К особенностям этих состояний следует отнести аутохтонную манифестацию с аффекта растерянности, недоумения, а также наличие страха сумасшествия, который присутствовал у всех больных этой группы, хотя порой в несколько завуалированной форме («разовьются галлюцинации», «поедет крыша», «случится непоправимое»). В дальнейшем страх сумасшествия сменялся контрастными навязчивостями, осложнялся тревожно-депрессивными состояниями. Вегетативные расстройства нередко были представлены единичными симптомами, возникали как реакция на необычное состояние. Больные часто поступали в больницу по скорой психиатрической помощи, наблюдались в острых психиатрических отделениях, и лишь спустя некоторое время, когда снижалась интенсивность тревоги, переводились в

отделение пограничных состояний. В течение нескольких дней наблюдалось колебание интенсивности аффективных и obsessивных расстройств. Дальнейшая динамика состояния определялась разнообразными контрастными obsессиями, которые были представлены суицидо-, и гомицидофобией, сексуальными и кощунственными представлениями, сопровождались навязчивым влечением к их реализации, порой были крайне нелепы по содержания («поднимется ветер и сбросит в окно», «подмешаю стекло при приготовлении пищи маленькому ребенку»). Большая сила побуждений в структуре контрастных obsессий при шизофрении подчеркивалась многими авторами (Д.С.Озерецковский, 1950, Т.Н.Соколова, 1972). В тесной связи с контрастными навязчивостями развивались специфические фобии (страх острых предметов, высоты), формировалось избегающее поведение. В ходе обратного развития вначале исчезали контрастные obsессии, что приводило к редукции аффективных расстройств и избегающего поведения. Продолжительность приступов составляла от нескольких дней до полугода, в среднем – 2-3 месяца. В нескольких наблюдениях приступы носили транзиторный характер, завершались критически уже в первые дни пребывания больных в стационаре. В послеприступном периоде оставались опасения, что состояние может вернуться, иногда встречалась лиссофобии, однако контрастные навязчивости и элементы избегающего поведения не регистрировались. Изменения личности, как правило, не отмечались или были выражены незначительно: больные становились более подчиняемыми, пассивными, отмечалось некоторое ограничение контактов. В десяти наблюдениях (40,0%) отмечались однократные приступы, еще в пяти (20,0%) - повторные приступы. Глубина и полиморфизм психопатологических расстройств в структуре повторных обострений была меньше, чем при манифестных приступах.

Некоторые особенности психопатологии и динамики неврозоподобных приступов иллюстрирует наблюдение 4.

Наблюдение 4. С.С.А., 1981 г.р., на момент обследования 24 года.
Поступила в ПБ №1 31.03.05., выписана 18.05.05.

Анамнез

Дед по линии матери с 25 лет находился на лечении и наблюдении у психиатров по поводу шизофрении, длительное время провел в психоневрологическом интернате, где и умер. Отец по характеру весёлый, общительный, «душа компании». Ушёл из семьи, когда больной было 4 года. Вскоре после ухода из семьи повторно женился, пристрастился к употреблению алкоголя. Отношения с ним не поддерживала. Мать по характеру властная, требовательная, после развода жила замкнуто, «рассчитывала только на себя».

Единственный ребёнок в семье. Родилась в Московской области. Беременность у матери протекала без осложнений. Роды срочные, самостоятельные, затяжные. В детстве росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесла ветряную оспу, скарлатину, краснуху, без осложнений. Посещала детский сад с 4-х лет. Отличалась тревожным, впечатлительным, обидчивым характером, с детьми ладила. Мать в детстве во всем ее контролировала, требовала «неукоснительного выполнения заведенных ею правил», воспитывала в обстановке «религиозного смирения». В 5-6 лет несколько раз слышала оклики по имени голосом матери. В том же возрасте отмечался страх темноты.

В школу пошла в семь лет. В школе быстро адаптировалась, училась хорошо, больше любила гуманитарные предметы. С 8 лет обучалась в музыкальной школе по классу фортепиано. Очень ответственно относилась к подготовке занятий и к поручениям матери, длительно переживала по поводу плохих оценок или при неудачах на музыкальных конкурсах, опасалась, что будет плохо выглядеть в глазах окружающих. Часто, уходя в школу, возвращалась домой, чтобы проверить, выключила ли плиту, закрыла ли кран. Отношения со сверстниками были хорошие, тёплые, однако из-за интенсивного графика занятий в обеих школах общалась с ними мало. В

возрасте 10 лет упала с качелей, несколько минут находилась без сознания, отмечалась рвота. Некоторое время наблюдалась детским невропатологом, получала лечение. Головные боли сохранялись еще около полугода. В возрасте 14-15 лет переживала по поводу полноты, на улице казалось, что прохожие «косятся» на нее. В это же время стала меньше общаться с подругами. Это состояние длилось около года, прошло после беседы со священником.

После окончания школы в возрасте 17 лет поступила на экономическое отделение техникума в г. Королёве. Училась легко, с интересом, было много друзей. В свободное время часто посещала церковь, где познакомилась со своим будущим мужем. Когда училась на 3 курсе (ей было 19 лет), поскользнулась на улице, при падении ударилась головой, несколько секунд находилась без сознания, была рвота. Около месяца наблюдалась у невропатолога, получала лечение. В том же возрасте вышла замуж. После свадьбы стали жить вместе с ее мамой и престарелой бабушкой. Отношения в семье доверительные, теплые. Муж по характеру человек открытый, общительный, верующий, считает его своей «опорой и защитой». В 20 лет окончила техникум с отличием, поступила без экзаменов на 3-й курс экономического факультета Московского пищевого института. Одновременно с учебой пошла работать. На работе уставала, но с нагрузками справлялась. Успешно окончила институт в 2003 г. (ей 21 год).

В том же году забеременела. Беременность протекала без осложнений. Когда находилась на восьмом месяце беременности, на пальце правой ноги образовался панариций. За медицинской помощью не обращалась, т.к. боялась, что прием лекарственных средств может отрицательно сказаться на здоровье ребенка. Полоскала ногу в теплой воде, состояние улучшилось. Роды в срок. Во время родов был длительный безводный промежуток, слабость родовой деятельности, отмечалось послеродовое кровотечение. Вес ребенка при рождении составлял 4000г. В роддоме сильно нервничала из-за того, что поздно начала кормить ребёнка, считала, что его недокармливает. Через 6

дней после выписки из роддома была помещена в отделение патологии новорожденных в связи с развитием у ребенка стафилококковой пиодермии. Заболевание связала с отмечавшимся ранее панарицием. В ходе обследования в больнице у дочери подозревали пиелонефрит, обнаружили порок сердца. Однако диагноз «пиелонефрит» в дальнейшем был отвергнут, заверили, что порок сердца должен пройти ко 2-3 году жизни.

После выписки из больницы в январе 2004г. испытывала чувство вины в связи с тем, что родила больного ребенка, боялась, что дочь может умереть. Постоянно находилась в напряжении, казалось, может «как-то нечаянно» ее заразить. В мае 2004 г. по совету знакомого доктора принимала паксил. При этом прекратила кормление ребенка грудью. Тревога значительно уменьшилась, стала спокойнее. Однако через месяц из-за финансовых проблем в семье прием препарата прекратила. Вскоре отметила, что вновь усилилась тревога, страхи за здоровье дочери. Возобновила прием паксила, состояние вскоре улучшилось. Принимала его до июля 2004 г. Обстановка в семье была доброжелательная, муж и мать помогали в уходе за ребенком.

Состояние резко ухудшилось в октябре 2004 г. (ей 23 года). Мать случайно разбила на кухне стеклянную банку. После этого еще в течение нескольких дней больная находила осколки стекла, когда убиралась на кухне. Примерно через неделю ей пришла в голову мысль, что осколки стекла могут остаться на руках и при приготовлении пищи попасть к ребенку в еду. Стала более тщательно, чем раньше мыть руки («руки мыла до 10 минут»). Ночью снились осколки стекла, часто просыпалась в тревоге. Через некоторое время стала мыть руки еще чаще, но все же не была до конца уверена, что осколки не попадут в пищу. Стала бояться, что «в голове что-то замкнет» и она «случайно» подмешает стекло в еду дочери. Сильно испугалась этой мысли, полностью отказалась от приготовления пищи ребенку, просила это делать мать. При этом полностью отсутствовал страх, что осколки стекла могут попасть в пищу других членов семьи, в том числе ей самой («боялась, что наврежу ребенку»). Состояние еще более ухудшилось в декабре 2004 г., когда

мать была госпитализирована в больницу с подозрением на инфаркт миокарда. В течение 10 дней, пока мать не выписали из больницы, находилась с ребенком наедине, самостоятельно вела домашнее хозяйство. Готовила еду в перчатках, но «уверенности в том, что не занесла стекло», не было. Стала бояться, что может занести «инфекцию» с улицы и тем самым заразить ребенка. Когда возвращалась домой, около 10 минут трясла всю одежду. После того, как из больницы вернулась мать, состояние несколько улучшилось, т.к. мать взяла на себя часть работы по дому, в первую очередь по приготовлению еды.

С февраля 2005 г. ей стало казаться, что во время приготовления пищи, даже если это делала мать, осколки стекла «уже попали в еду». Если пользовалась ножом в присутствии ребенка, казалось, что «уже нанесла ей рану», во время шитья возникало чувство, что иголкой «нечаянно» задела дочь. При этом «не верила своим глазам», звала мать, чтобы она убедила ее в том, что с ребенком все нормально. После этого ненадолго успокаивалась. Стала волноваться, что «микробы» попадут на кожу ребёнка через одежду, а моющие средства могут остаться на руках и она «может занести их в пищу». Руки стала мыть по 15-20 минут, расходовала около 1 куска мыла ежедневно. Выбросила из дома все стеклянные банки, старалась не заходить в комнату, где было много стеклянной посуды. Вид стекла усиливал тревогу, «нервное напряжение». Просила мать «убрать подальше» все стеклянные предметы («чтобы не произошло плохое»). В начале марта 2005 г. стала хуже спать, т.к. перед сном длительное время мысленно перепроверяла, чистое ли бельё у ребёнка, не прикасалась ли она в течение дня к стеклу, не трогала ли дочь грязными руками и т.д. За две недели до поступления в больницу полностью отказалась готовить еду, перестала зашивать детские вещи. На улицу выходила только с матерью или с мужем. Возвращаясь домой с улицы, перестирывала всю свою одежду. За несколько дней до поступления в больницу при пробуждении увидела справа от себя «черный силуэт без лица» (муж в это время работал в ночные смены). Это длилось лишь несколько секунд, но сильно испугалась. В последующие дни, когда выключала свет в комнате, ощущала

«тяжесть у себя на груди». Когда ночью просыпалась, несколько минут не могла пошевелиться, была «как в оцепенении», затем постепенно все проходило. Самостоятельно обратилась в ПБ №1 за помощью.

Соматический статус: Невысокого роста, повышенного питания. Кожный покров чистый, зев спокоен. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС=78 в мин, АД=120/80мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Периферических отёков нет. Физиологические оправления в норме. Заключение терапевта: Ожирение II стадии. Кардиомиопатия. Хронический холецистит, ремиссия. Заключение гинеколога: кольпит.

Неврологический статус: Зрачки округлой формы, фотореакции живые, симметричные. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы без убедительной разницы сторон. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков нет. Консультация невропатолога: знаков органического заболевания мозга не выявлено.

Психическое состояние

Выглядит соответственно своему возрасту. Опрятно одета, аккуратно причёсана. Охотно беседует, мимические реакции живые. Заметно тревожится, ерзает на стуле. Отвечает в плане вопроса, по существу. Речь несколько ускорена, голос обычного тембра. Жалуется на страхи, тревогу, постоянное чувство напряжения. Считает, что главная ее «проблема» - «страх причинить вред дочери». Кажется, что «в голове что-то замкнет», и она «нечаянно» причинит дочери вред: положит в пищу «какую-то отраву», стекло, иголки, «порезет ножом», занесет «заразу» на одежде с улицы, «отравит» моющими средствами. Подчеркивает, что эти мысли чужды ее сознанию, но избавиться от них не может. Заявляет, что часто лишь вид посуды вызывает у нее тревогу («представляю, что она может разбиться и навредить ребенку»). Многократно (до 20-30 раз в сутки) и подолгу (до 15 минут) моет руки с мылом. Чтобы «лишний раз не занести инфекцию», на улицу выходит редко. Часто начинает стирать уже выстиранную одежду ребенка, т.к. кажется, что там «остался

порошок». Говорит, что в последнее время часто возникают опасения, что она уже «случайно» нанесла дочери вред («порезала ножом, иголкой»), поэтому каждый раз проверяет, не плачет ли она, нет ли крови на теле. При этом часто «не верит своим глазам», просит родных убедить ее в том, что не причинила ребенку вреда. Понимает, что этого сделать не может, но проверяет на «всякий случай». Мысли, что может причинить вред себе или другим членам семьи нет. Спит плохо: долго не может уснуть, т.к. «мысленно прокручивает весь день», иногда во время засыпания кажется, что на нее «наваливается что-то тяжелое», а среди ночи возникают непродолжительные состояния «оцепенения». Настроение характеризует как пониженное, больше выражена тревога, в течение суток меняется мало. В области мышления отмечаются единичные соскальзывания, трудности в отграничения главного от второстепенного.

Данные лабораторных и инструментальных обследований: Общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи - в пределах нормы. На ЭКГ умеренно-выраженные изменения миокарда.

Результаты экспериментально-психологического обследования. Выявлена выраженная дисгармоничность личностной структуры по шизоидному типу с застревающим и тревожным радикалами. Сфера мышления характеризуется невысоким уровнем обобщения, трудностями в выборе критериев обобщения, инертностью мыслительных процессов

Динамика состояния и лечение

В отделении быстро адаптировалась, подружилась с несколькими больными. Достаточно быстро наладился сон, состояний «оцепенения» и ощущений «тяжести на себе» не возникало. Спокойно выходила на улицу, тревогу при этом не испытывала. В первое время боялась смотреть на стеклянные предметы, затем этот страх исчез. Через месяц после поступления в больницу была отпущена в домашний отпуск. Когда находилась наедине с дочерью, испытывала небольшую тревогу, боялась, что может «как-то» ей навредить. Однако, мыслей, что уже «причинила вред», не возникало. Во время второго отпуска чувствовала себя наедине с дочкой уверенно, выходила вместе

с ней гулять. В отделении тревоги не было, спокойно брала стеклянные предметы, но оставались опасения, что навязчивости могут вернуться.

Лечение: эсциталопрам -20 мг/сут, флупентиксол- 3 мг/сут, алпразолам – 1,5 мг/сут (первые две недели).

Катамнез (через 10 месяцев, больной 25 лет)

После выписки чувствовала себя неплохо, принимала рекомендованные в больнице препараты. Спокойно пользовалась острыми предметами, руки мыла, «как обычные люди», готовила ребенку еду. Однако, если длительное время оставалась с дочкой наедине, «проскальзывал» страх, что состояние может вернуться. Жила вместе с ребенком, матерью, парализованной бабушкой и мужем. Взаимоотношения в семье были доброжелательные. С августа 2005 г. по совету врача снизила дозы препаратов, а в сентябре прием препаратов вообще прекратила. В ноябре 2005 г. мать была госпитализирована в больницу в связи с аритмией. Сильно переживала за ее здоровье, было тяжело справляться с домашним хозяйством. В декабре 2005 г. вновь стала испытывать тревогу, когда оставалась дома одна с ребенком, возобновился страх «стекло». Перестала давать дочери питание из стеклянных банок, стала тревожно ездить в транспорте, т.к. казалось, что может кого-либо задеть в пачкающей одежде и «принести инфекцию домой». После возвращения из больницы матери состояние существенно не улучшилось. По рекомендации врача стала принимать рексетин и трифтазин. На этом фоне отмечались задержки месячных, несколько улучшилось настроение, но навязчивости не прошли. Повторно лечилась в ПБ№1 с 7.02.06 по 17.03.06. Психическое состояние определялось страхом «каким-либо образом заразить ребенка», боязнью выходить на улицу из-за возможности «занести инфекцию», однако мыслей, что она «уже причинила ребенку вред» не возникало. На фоне приема рексетина (20 мг/сут) и rispoleпта (4 мг /сут) тревога уменьшилась, спокойно себя

чувствовала в отделении, во время отпусков длительное время находилась вместе с ребенком, тревоги при этом практически не испытывала.

Анализ наблюдения

Данное наблюдение иллюстрирует приступообразное течение полиморфных обсессивно-фобических расстройств. Следует отметить отягощенную наследственность по эндогенному заболеванию по материнской линии. В преморбиде преобладают сенситивные и психастенические черты. Воспитывалась в обстановке гиперпротекции со стороны матери. В возрасте 5-6 лет отмечался страх темноты, элементы патологических сомнений и элементарные галлюцинаторные феномены. Также следует отметить две черепно-мозговые травмы, сопровождавшиеся потерей сознания (в 10 и в 19 лет). В подростковом возрасте имела место дисморфофобическая симптоматика с отдельными идеями отношения. В послеродовом периоде - депрессивное состояние с идеями самообвинения и тревожными мыслями, что может «причинить вред ребенку». На фоне лечения паксиллом состояние улучшилось. Через некоторое время появился страх сумасшествия («в голове что-то замкнет, и подмешаю в пищу осколки стекла»), который быстро трансформировался в контрастные навязчивости гомицидного содержания. Обсессии на этом этапе имели форму возможного совершения агрессивных действий в отношении ребенка («проспективные контрастные обсессии», С.Ю.Стась, 2006). В дальнейшем в тесной связи с данными навязчивостями отмечались и другие ОФР: овладевающие представления, оксифобии и другие специфические фобии, симптомы генерализованного тревожного расстройства, мизофобии с быстрым формированием избегающего поведения. Из ее обихода исключились предметы, которыми можно было нанести вред дочери (ножи, иголки, стеклянные изделия), также она ограничила контакты с другими людьми. На высоте приступа возникли мысли, что она уже непреднамеренно причинила ребенку вред. Это сопровождалось стремлением к перепроверкам («убедиться, что с ней все нормально»). При этом отмечался феномен, когда «сознание не доверяет глазам» (С.А.Суханов, 1907): она просила мать

удостоверить ее в благополучии ребенка. Признаком этих obsessions является направленность тревоги назад («ретроспективные контрастные obsessions», С.Ю.Стась, 2006). В ходе обратного развития вначале исчезали контрастные obsessions, причем «ретроспективные» навязчивости исчезали первыми, затем оксифобии, и в последнюю очередь - страх сумасшествия. К атипичным особенностям первого приступа болезни можно отнести одновременное сосуществование «obsessions с реакциями избегания» и «obsessions повторного контроля» (I.Marks, 1969, 1970, А.Б.Смулевич, 1998, И.Ю.Дороженок, 1999). В межприступном периоде сохраняется генерализованное тревожное расстройство, выявляются негрубые процессуальные расстройства мышления. Повторному приступу предшествует декомпенсация личностных особенностей, связанная с госпитализацией матери в больницу. В структуре повторного приступа встречаются те же расстройства, что и в манифестном приступе, за исключением «ретроспективных» контрастных obsessions.

Таким образом, состояние больной соответствует критериям рубрики F.42.2 МКБ-10: «obsessивно-компульсивное расстройство со смешанными obsessивными мыслями и действиями». Коморбидные состояния представлены «ипохондрическими фобиями» (F.45.2) в виде лиссофобии, «специфическими фобиями» (F.40.2) в виде оксифобий, генерализованным тревожным расстройством (F.41.1) и депрессивным эпизодом умеренной степени (F.32.1). По классификации МКБ-9 установлен диагноз «шизофрения, рекуррентный тип течения с однотипными неврозоподобными приступами. Полиморфный неврозоподобный синдром».

Развитию аффективно-obsessивных приступов чаще предшествовали аутохтонные аффективные состояния, причем как рекуррентные депрессивные, так и биполярные расстройства, а также острые психотические эпизоды. Приступы в большинстве наблюдений развивались спонтанно. Тревожно-депрессивные и апато-динамические расстройства нередко возникали

непосредственно перед манифестацией obsessions или одновременно с последними. Среди ОФР доминировали ипохондрические страхи заражения (гепатитофобия, СПИДофобия), реже – obsessions по типу «умственной жвачки». Ипохондрические страхи быстро приобретали черты образных овладевающих представлений, занимали доминирующее положение в сознании. Отрицательные результаты анализов не приводили к улучшению состояния. Другие ОФР (страх заражения других людей, оксифобии, компульсии в виде навязчивого мытья рук) были тесно связаны с основной фабулой. Страх сумасшествия носил транзиторный характер, был одним из компонентов полиморфизма синдрома. Фобии нередко носили сверхценный и бредоподобный характер (И.И.Сергеев, 2002). В период «наплыва» навязчивых ассоциаций часто любой индифферентный предмет приобретал для больных особое значение, напоминая им о содержании навязчивостей, доходя до степени «принятия невероятного за действительное» (K.Jaspers, 1973). Пациенты, ранее испытывавшие страх заражения СПИДом или гепатитом только после контакта с предполагаемыми источниками заражения, отмечали, что даже вид предметов вызывал те же неприятные ассоциации. Они всюду замечали признаки, «свидетельствовавшие» об опасном заболевании. Следует отметить, что, несмотря на интенсивный страх заражения, больные отрицали саму возможность реального заболевания, подчеркивали, что смерть как таковая их не страшит. К особенностям данных навязчивостей следует отнести не только их тенденцию к расширению, но и то, что они приобретали характер навязчивостей «особого значения» (по K.Jaspers, 1973). Эти особенности сближали навязчивые состояния описываемого типа с острыми бредовыми расстройствами. В то же время отождествлять их с бредовыми феноменами представляется малооправданным. В психическом статусе пациентов преобладал obsessивный синдром: больные обнаруживали определенное критическое отношение к своим страхам, противопоставляли страху систему ритуалов. Как правило, они не пытались разработать четкие концепции, объясняющие пути проникновения в организм чужеродных агентов, а, в

случае возникновения таких мыслей, впоследствии легко от них отказывались. Формирование систематизированного ипохондрического бреда было нехарактерно. Наблюдаемые у пациентов феномены бредового регистра укладывались в описания K.Schneider (1959) «бредового настроения», некоего «подготовительного поля», предшествующего появлению бредового восприятия. Обманы восприятия ограничивались неразвернутыми галлюцинаторными проявлениями по типу «навязчивых галлюцинаций» (J.Seglas, 1892): «вижу бактерии, кишачие в воздухе». Компульсии часто приводили к формированию избегающего поведения.

При доминировании в структуре приступов образных овладевающих представлений и obsessions в виде «умственной жвачки» (3 наблюдения) эти расстройства сопровождались выраженными тревожно-депрессивными переживаниями, отмечались элементы борьбы с ними.

В ходе обратного развития приступа вначале улучшалось настроение, исчезали «вторичные» навязчивости, уменьшались compulsions, ипохондрические фобии постепенно утрачивали свою актуальность. В ремиссиях нередко отмечалось снижение активности и инициативы, иногда выявлялись расстройства мышления, предпочтительные для шизофрении, однако изменения личности были выражены незначительно. Продолжительность манифестных аффективно-obsessивных приступов составляла от одного месяца до двух лет. В большинстве наблюдений (7 из 9 пациентов) отмечались повторные приступы, причем встречались как однотипные obsessивно-фобические, так и приступы аффективной или шизоаффективной структуры. В последнем случае ОФР отсутствовали, или были выражены незначительно: встречались единичные «хульные» мысли (оскорбить или ударить близкого родственника, сорвать очки с прохожего) и социофобические переживания.

Следует отметить, что аффективно-obsessивные состояния, длительность которых составляла более года, первоначально были отнесены к полиморфным абстрактным навязчивостям. Однако в дальнейшем пришлось

отказаться от первоначального предположения. Так, у больных с аффективно-обсессивными состояниями отмечались ремиссии через год и более после манифестации ОФР. В литературе встречаются описания депрессивных приступов в рамках рекуррентной шизофрении, которые длятся до нескольких лет (А.Л.Пчелина, 1979, А.С.Тиганов, 1999). Сравнительный анализ структуры аффективно-обсессивных приступов и полиморфных абстрактных навязчивостей показал, что, несмотря на ряд сходных феноменов (высокий удельный вес компульсий, формирование избегающего поведения, «вторичные» специфические фобии), имелись и принципиальные отличия. Так, при приступообразных ОФР доминировала именно ипохондрическая фабула страхов, а не «фобии внешней угрозы» (М.Д.Ефремова, 2001) в виде недифференцированного страха «микробов», «грязи». Для них было нехарактерно построение сложной «обсессивной системы» (W.Jahrgreif, 1926), подчиняющей жизнь больных и их родных, а депрессивные расстройства отличались большей глубиной, существовали независимо от навязчивостей.

Некоторые особенности психопатологии и динамики аффективно-обсессивных приступов иллюстрирует наблюдение 5.

Наблюдение 5. П.Н.В., 1976 г.р. На момент 27 лет. Поступила в ПБ №1 6.12.03., выписана 17.02.04.

Анамнез

Наследственность манифестными психозами не отягощена. Отцу 56 лет, по характеру вспыльчивый, упрямый, общительный, является преподавателем ВУЗа, к алкоголизации не склонен. Мать также отличается вспыльчивым, обидчивым характером, работает инженером. Сестра родилась на 20 минут раньше её, по характеру несколько тревожная, мнительная, теряется в обществе незнакомых людей, бросила институт из-за проблем в общении со сверстниками, уже больше года нигде не работает.

Родилась в Москве. Беременность у матери протекала с токсикозом, была двойня. Роды в срок. В детстве перенесла паротит, ветрянку. По характеру росла тревожным, мнительным, общительным ребенком. Посещала

детский сад, любила шумные игры. Воспитывалась бабушкой, которая держала ее «жестко», не давала «возможности проявить себя». С сестрой постоянно ссорилась, считала, что родители уделяют сестре больше внимания, завидовала ей. После смерти одного из дальних родственников в течение года испытывала страх, что умрет кто-нибудь из родителей. Примерно в возрасте 5 лет перед засыпанием «виделись странные существа». Помнит, что сильно этого пугалась («всю сковывало»), также часто снились яркие, устрашающие сновидения. После пробуждения некоторое время не могла понять, явь это или сон. Подобные «видения» продолжались вплоть до подросткового возраста.

В школу пошла в 7 лет. Быстро адаптировалась, училась на «хорошо» и «отлично», предпочитала гуманитарные науки. В школьные годы оставалась несколько тревожной, стеснительной, часто при ответах у доски перед всем классом отмечались сердцебиения, «вся краснела, но отвечала», неуверенно себя чувствовала в обществе незнакомых людей. В 10 лет при катании на коньках упала, ударилась о лед. Сознание не теряла, но была тошнота, в течение нескольких месяцев испытывала головные боли. Со сверстниками общалась мало, было две подруги, хотя и с ними «особо не откровенничала». Увлекалась фотографией, самостоятельно научилась играть на гитаре. Месячные с 13 лет, в предменструальные дни отмечалась повышенная нервозность, беспокойство. С сестрой часто ссорилась.

После окончания общеобразовательной школы (ей 17 лет) поступила в институт культуры на факультет информатики и управления. В институте быстро адаптировалась, училась легко. В это время стала более раскрепощенной, расширился круг знакомых. В возрасте 19 лет раза три-четыре в компании сверстников пробовала «первитин» («чтобы улучшить настроение»). Дважды на высоте наркотического опьянения возникало чувство, что за ней «наблюдают с помощью видеокамеры». От приема наркотиков отказалась легко, выраженного влечения не было. В последующие несколько месяцев подобные состояния («как будто наблюдают») отмечались и вне приема наркотиков.

Когда ей было 22 года, умерла бабушка. Несмотря на то, что бабушка проводила с ней много времени в детстве, сильной привязанности к ней не испытывала. Тем не менее, вскоре после ее смерти возникла «жуткая депрессия»: потеряла всякий интерес к учебе, появились суицидальные мысли, испытывала апатию, плохо спала. Состояние продолжалось около 9 месяцев. Настроение улучшилось после посещения «ясновидящей». Через несколько дней после этого испытала «необычайный прилив сил»: было трудно сосредоточиться на учебе, мало спала, была рассеянна, не понимала учебный материал. Стала считать, что ее родители «подставные лица», ссорилась с ними, заявляла, что внутри головы появились незнакомые «голоса», считала, что на улице все люди обращают на нее внимание. В таком состоянии впервые была стационарирована в ПБ №4, где находилась с конца ноября 1998 г. по февраль 1999 г. По данным медицинской документации, при поступлении в больницу ее состояние определялось бредом чужих родителей (мать называла Леной, заявляла, что она «выбросила своего ребенка»), идеями отношения, галлюцинаторными расстройствами. Не сразу поняла, что находится в больнице, отмечались элементы «двойной ориентировки». Получала лечение галоперидолом, азалептином. В больнице в течение полутора месяцев сохранялись идеи отношения, слышала «голоса». Затем состояние улучшилось, психотические расстройства редуцировались.

После выписки принимала поддерживающую терапию, посещала ПНД, вскоре была переведена на ежемесячные инъекции модитен-депо. В институте оформила академический отпуск. В это время отец стал относиться к ней «как к больному человеку»: стал вникать во все ее проблемы, контролировать, интересовался лечением, нередко сам ходил к участковому психиатру. Была этим недовольна, но открыто ему об этом не говорила. Непродолжительное время работала секретарем, затем продолжила учебу в институте. Итоговые экзамены в институте сдала успешно.

В 2000 г (ей 24 года) окончила институт по специальности «инженер управления». По специальности работать не стала, устроилась работать в

Российскую государственную библиотеку. Работа нравилась, но с коллегами общалась мало, дружеских отношений ни с кем не поддерживала. Непродолжительное время встречалась с молодым человеком, имела с ним интимные отношения, он предлагал выйти за него замуж. Внезапно он ей разонравился, без сожаления с ним рассталась. В возрасте 25 лет упала с парапета, ударилась головой, потеряла сознание. Была доставлена в реанимационное отделение больницы, где на следующий день пришла в сознание, с кем-то беседовала, однако через несколько дней ничего об этом вспомнить не могла. После выписки около года сохранялись головные боли и головокружения, но к врачам не обращалась.

В декабре 2001 г. без видимых причин снизилось настроение, появилась апатия, пропал аппетит. Отказалась от приема лекарств. Отцу это стало известно, и он по совету врача стал подмешивать препараты в пищу (он через некоторое время сам в этом признался). Продолжала работать. Состояние улучшилось примерно через четыре месяца, отец настоял на том, чтобы она обратилась в ПНД. В ПНД был выписан rispoleпт. Принимала препарат регулярно. В середине июля 2002 г. (ей 26 лет) стала плохо спать, появилась раздражительность, ушла из дома. Через два дня вернулась вместе с молодым человеком, нецензурно бранилась, была крайне раздражительна. В порядке недобровольной госпитализации была направлена в ПБ №1, где находилась с августа по октябрь 2002 г. В истории болезни отмечено, что ее психическое состояние определялось повышенным фоном настроения, раздражительностью, негативным отношением к родственникам. В ходе лечения настроение нормализовалось, прошла агрессия, стала спокойнее.

После выписки вернулась на прежнее место работы. Посещала ПНД, принимала поддерживающую терапию. В начале 2003 г. «по рассеянности» потеряла важные документы по работе, ее «попросили» уволиться. Без сожаления работу оставила, устроилась работать в информационный центр другой библиотеки. Работа была неинтересная, однообразная, приходилась

печатать документы на устаревшей аппаратуре, поэтому быстро уставала. Через два месяца оттуда уволилась. С марта 2003 г. стоит на бирже труда.

С апреля 2003 г. (ей 27 лет) без видимых причин снизилось настроение, появилась апатия. На этом фоне появилась мысль, что заражена гепатитом. Вспомнила, что незадолго до этого пила из того же стакана, что и знакомая матери, которая была инфицированная гепатитом. Появилась тревога, испугалась того, что сама может заразить родных. Обратилась в ПНД, где были увеличена доза rispoleпта, добавлен амитриптилин. Однако состояние существенно не улучшилось. Сдала кровь на «гепатит» в поликлинике. После получения отрицательного результата анализа состояние не улучшилось («знала, что прошло мало времени с момента заражения»). Вскоре стала бояться, что может заразить родных. Обратилась вновь в ПНД, была назначена другая схема лечения (зипрекса, паксил). На фоне приема этих лекарств настроение улучшилось, полностью прошли мысли о возможном заражении гепатитом, называла их «бредом».

Состояние вновь ухудшилось с середины октября 2003 г.: снизилось настроение, вновь появились мысли о том, что является вирусоносителем гепатита. Вскоре появились мысли, что каким-то образом сможет заразить родных. Чтобы «избежать заражения» стала тщательно мыть руки. Постепенно потребность мыть руки стала возникать после соприкосновения с различными предметами, боялась, что «грязь» с ее рук может стать причиной заражения близких. Реже выходила на улицу, т.к. после возвращения оттуда требовалось чаще мыть руки. Обратилась в ПНД и была направлена в третий раз в ПБ №1.

Соматическое состояние. Кожные покровы чистые, зев спокоен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. PS 80 ударов в 1 мин., АД 115/80 мм рт. ст. Живот мягкий при пальпации безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Дизурических явлений нет. По консультации терапевта: хронический гастрит, ремиссия. Консультация гинеколога: гинекологических заболеваний не выявлено.

Неврологическое состояние Зрачки правильной формы, носогубные складки симметричны. Язык по средней линии. Нарушений чувствительности не выявлено. Сухожильные и надкостничные рефлексy оживлены, симметричны. По консультации невропатолога: последствия повторных черепно-мозговых травм, синдром вегето-сосудистой дистонии. Консультация окулиста: глазное дно без видимой патологии.

Психическое состояние

Выглядит соответственно своему возрасту, контакту доступна. В одежде опрятна. В начале беседы несколько напряжена, руки сцеплены в замок, в глаза врачу старается не смотреть, сидит на краю стула, отвечает часто односложно, затем напряжение уменьшилось, держится более раскованно, дает развернутые ответы. Голос тихий, маломодулированный. Отвечает в плане вопроса, по существу. Жалуется на подавленное настроение, навязчивые мысли, ритуалы. Считает, что заражена гепатитом. Подчеркивает, что отрицательные данные анализов не могут переубедить ее в обратном («прочитала, что латентный период при гепатите может длиться долго»). Боится, что сама может заразить родных, поэтому в течение дня вынуждена часто и подолгу мыть руки («вирус может передаться с частицами грязи с рук»). Руки моет 10-15 минут, около 15 - 20 раз в день. Боится брать в руки ножи, вилки («через них легче может произойти заражение»). На улицу старается выходить только в «силу крайней необходимости». Говорит, что к усилению навязчивых мыслей приводит вид крови, а часто вид «разных красных предметов». Иногда «чувствует», как вирусы из «засохших пятен крови проникают в организм». Понимает, что такой путь заражения невозможен, но «страх остается». Настроение пониженное, говорит одновременно об апатии и тревоге. Считает, что навязчивости уменьшаются, а настроение несколько улучшается к вечеру. Отмечает повышенную сонливость в течение дня, ночью спит тревожно, часто просыпается. Аппетит понижен, но вкус пищи не утрачен. Заявляет, что бороться с навязчивыми мыслями не может («при появлении навязчивости всегда ей уступаю»). Говорит, что смерть

ее не страшит, временами «даже» проскальзывают суицидальные мысли, но планов по уходу из жизни не строит. Мышление не всегда последовательное, с отдельными соскальзываниями. Ищет помощи. Суицидальные мысли отрицает.

Данные лабораторных и инструментальных обследований: Общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи - в пределах нормы.

Результаты экспериментально-психологического обследования. На первый план выступают нерезко выраженные нарушения предметно-содержательного и операционального аспектов мышления в виде снижения избирательности по типу актуализации единичных нестандартных признаков объекта, неравномерность процессов обобщения, ухудшения качества ответов при усложнении заданий, трудности понимания переносного смысла пословиц и поговорок.

Динамика состояния и лечение

В первое время в отделении держится настороженно, практически ни с кем не общается, говорит об апатии, старается реже выходить на улицу, однако руки моет значительно меньше, чем дома. Когда узнала, что соседка по палате является вирусоносителем гепатита, отмечалось усиление тревоги, попросила перевести ее в другую палату, старалась избегать встречаться с ней даже в столовой. В дальнейшем улучшилось настроение, появился аппетит, стала чаще выходить на улицу, могла спокойно пользоваться острыми предметами, но мысль, что больна гепатитом, оставалась. Ходила неоднократно в домашние отпуска, где тревога усиливалась, чаще мыла руки. Перед выпиской: настроение ровное, спит достаточно, спокойно гуляет на улице, пользуется транспортом, но страх заражения гепатитом родных остается.

Лечение: 1 курс: пароксетин-40 мг/сут, трифлуоперазин – 20 мг/сут, алпразолам-2 мг/сут. 2 курс: имипрамин-150 мг/сут, рисперидон-4 мг/сут.

Катамнез (через 1,5 года, больной 29 лет)

После выписки настроение оставалось неплохим, хорошо спала, однако мысли о заражении гепатитом родных оставались, мыла руки до 15 раз в день. Регулярно принимала рекомендованную терапию. В марте 2004 г. устроилась

работать в большую библиотеку. Работа состояла в оформлении документации. С работой справлялась, но с коллегами общалась мало, избегала корпоративных вечеринок, т.к. там всегда употребляли алкоголь, а ей «это было делать нельзя». На работе о навязчивостях практически не думала, руки мыла редко. В течение года после выписки принимала различные препараты (кветиапин до 600 мг/сут, оланзапин до 20 мг/сут, рисперидон-4 мг/сут, перфеназин-20 мг/сут, сертралин-200 мг/сут, флувоксамин-200 мг/сут, циталопрам -50 мг/сут), однако улучшения были нестойкими, навязчивости уменьшались незначительно. В августе 2004 г. после участвовавших ссор с сестрой отмечалось ухудшение состояния: снизилось настроение, вновь стала бояться пятен крови. Однажды в туалете увидела использованную прокладку и «ощутила» как произошло заражение через гениталии. В последующие несколько дней не ходила на работу, длительное время проводила в ванне, где «отмывала все тело», избегала контакта с режущими предметами. Тем не менее, «делая это, понимала, что это все бред». От предложенной госпитализации отказалась. Через неделю состояние несколько улучшилось, вышла на работу. В декабре 2004 г., прекратила прием лекарств, обратилась к экстрасенсу. Вскоре состояние еще более ухудшилось: снизилось настроение, усилились мысли о заражении гепатитом родных. Тем не менее, продолжала ходить на работу. Вновь возобновила прием лекарств (циталопрам -50 мг/сут, перфеназин-15 мг/сут). Состояние постепенно стало улучшаться с марта 2005 г. (ей 29 лет): стала спокойно готовить еду на кухне, практически полностью перестала мыть руки, прошли мысли, что больна гепатитом и может заразить родных. Вместе с тем отмечала повышенную утомляемость. Продолжительность этого обострения составила около полутора лет (с октября 2003 г. по апрель 2005 г.)

Анализ наблюдения

Следует отметить возбудимые черты характера у родителей, а также социофобические переживания у сестры. Воспитывалась в обстановке гиперпротекции со стороны бабушки. В течение длительного времени имели место элементарные обманы восприятия по типу гипногических и

гипнопомпических галлюцинаций. С детского возраста преобладали психастенические и, в меньшей степени, шизоидные черты, отмечались элементы социальной фобии. Дважды (в 10 и в 25 лет) перенесла черепно-мозговые травмы, причем во втором случае это сопровождалось продолжительным бессознательным периодом. В возрасте 19 лет на высоте отравления «первитином» отмечались бредовые расстройства («ощущение, что наблюдают видеокамеры»). В дальнейшем подобные переживания отмечались и вне приема наркотических средств. Манифестному приступу болезни предшествовала психотравма (смерть бабушки). Последующее за этим депрессивное состояние отличалось большой глубиной и длительностью, преобладала апатия, отмечались суицидальные мысли. Без выраженного «светлого» промежутка депрессия сменилась гипоманией с разнообразными бредовыми идеями (бред двойников, отношения, элементы «двойной ориентировки») и галлюцинаторными расстройствами. Продолжительность психотического состояния составила около полутора лет. Второй эпизод болезни - в возрасте 26 лет. В структуре обострения доминировали биполярные аффективные расстройства: апатическая депрессия, продолжавшаяся около четырех месяцев, в последующем сменилась гневливой манией, также отмечались расстройства сна. Третий приступ болезни – аффективно-обсессивный. На фоне депрессивного состояния возник ипохондрический страх заражения гепатитом. Длительность приступа не превысила двух месяцев, в межприступный период страхи не отмечались. Четвертый эпизод болезни также носил аффективно-обсессивный характер, но длительность его составила около полутора лет. Во время приступа отмечалась генерализация ОФР. Ипохондрический страх заражения гепатитом осложнился «вторичными» навязчивостями: компульсиями (мытье рук и всего тела), специфическими фобиями (страх острых предметов и крови), избегающим поведением. На высоте приступа встречались отдельные «навязчивые галлюцинации» (J.Seglas, 1892) в виде ощущений проникновения в организм возбудителей гепатита. Также отмечалось расширение круга ассоциаций, когда не только вид крови, но

и любой красный предмет приводил к появлению мысли о заражении гепатитом. ОФР приобрели характер навязчивостей «особого контроля» (K.Jaspers, 1973), имели сходство с острыми бредовыми состояниями. Однако, отсутствовала четкая концепция путей проникновения в организм возбудителей гепатита. Несмотря на доминирование ОФР, большое место в структуре приступа занимали аффективные расстройства. Отмечалось суточное уменьшение интенсивности ОФР и депрессии к вечеру. Психопатологические расстройства оказались крайне резистентны к различным психофармакологическим стратегиям, в том числе и к использованию нейрелептиков и антидепрессантов последних поколений в высоких дозах. По-видимому, редукция расстройств носила спонтанный характер. Тем не менее, больная продолжала практически все последнее время работать на достаточно квалифицированной работе. Следует заметить, что описания аффективно-обсессивных состояний в рамках шизофренического процесса, подобные представленным в данном наблюдении, встречаются в работах отечественных и зарубежных исследователей под разными названиями: «paranoia ideobsessiva» (С.С.Корсаков, 1891), «депрессивно-обсессивное состояние» (Ю.Т. Джингальдин, 1983), «обсессивно-компульсивное расстройство с психотическими чертами» (Т. Insel, 1986), «шизообсессивное расстройство» (J.Zohar, 1997).

В соответствии с критериями МКБ-10 данное состояние соответствует рубрике F.45.2 «ипохондрическое расстройство» (гепатитофобия). Коморбидные состояния представлены «обсессивно-компульсивным расстройством с преимущественно компульсивными действиями» (F.42.1), «специфическими фобиями» (F.40.2) в виде страха острых предметов и страха крови, шизоаффективным расстройством (F.25.0) и биполярным аффективным расстройством (F.31.3). По классификации МКБ-9 установлен диагноз «шизофрения, рекуррентный тип течения с различными видами приступов (аффективно-бредовым, аффективным и аффективно-обсессивным). Аффективно-обсессивный синдром».

Различия между неврозоподобными и аффективно-обсессивными состояниями в рамках приступообразного варианта течения шизофрении представлены в таблице 20.

Таблица 20. Клинические варианты ОФР при шизофрении с приступообразным течением

Неврозоподобные приступы	Аффективно-обсессивные приступы
Манифестации ОФР предшествуют дисморфофобии и деперсонализация	Манифестации ОФР предшествуют спонтанные аффективные и шизоаффективные расстройства
Чаще развиваются после психотравмирующих событий	Чаще развиваются спонтанно
ОФР представлены контрастными обсессиями, лиссофобией, специфическими фобиями	ОФР представлены ипохондрическими страхами, компульсиями, «умственной жвачкой»
Аффективные расстройства представлены «вторичными» тревожными депрессиями	Депрессивные состояния имеют независимый от ОФР стереотип развития
Длительность приступа составляет от нескольких дней до 4-6 месяцев	Длительность приступа составляет от месяца до двух лет

В целом следует отметить, что аффективно-обсессивные приступы отражают менее благоприятную, чем неврозоподобные, тенденцию развития заболевания: их развитию предшествуют аффективные и шизоаффективные расстройства, они часто дебютируют аутохтонно, депрессивные состояния при них носят эндогенные черты, у них отмечается склонность к затяжному течению.

Распределение психических расстройств, коморбидных смешанным ОФР, отражены в таблице 21.

Таблица 21. Распределение психических расстройств, коморбидных смешанным ОФР (n=25)

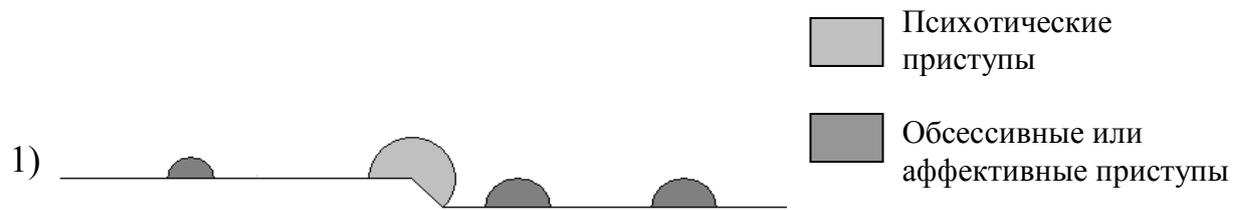
вторичные депрессии абс. (%)	рекурр. депр. и бипол. р-ва абс. (%)	соматоформные расстройства абс. (%)	шизоафф. психозы абс. (%)	деперсонализация абс. (%)
13 (52,0)	8 (32,0)	3 (12,0)	6 (24,0)	7 (35,0)

Коморбидные психические расстройства отличались полиморфизмом. Чаще всего встречались разнообразные аффективные состояния (84,0%). Вторичные депрессивные состояния (52,0%) носили преимущественно тревожную окраску, выступали в качестве реакций пациентов на контрастные навязчивости и ипохондрические страхи (лиссофобию, гепатитофобию, СПИДофобию), панические приступы. Аутохтонно возникающие аффективные расстройства (32,0%) были представлены депрессивными и биполярными приступами и отмечались преимущественно у больных с аффективно-обсессивными состояниями. Рекуррентные депрессивные расстройства встречались как до манифестации приступообразных навязчивостей, так и после их редукции, доминировали апатические и тревожные депрессии. Помимо типичных для эндогенных депрессий симптомов (колебание настроения с ухудшением в утренние часы, анергия, ангедония, симпатикотония), в их структуре регистрировались неврозоподобные включения (дисморфобические расстройства, «хульные мысли», социофобии, сенестопатии). Продолжительность этих состояний не превышала 4-6 месяцев. Биполярные расстройства в виде сдвоенных аффективных фаз предшествовали ОФР: депрессивные расстройства сменялись гипоманиакальными состояниями. В структуре последних преобладала раздражительность, гневливость, встречались отдельные бредовые идеи.

Деперсонализационные расстройства (24,0%), как было отмечено выше, длились не больше нескольких минут, развивались аутохтонно, проявлялись в виде симптомов острой соматопсихической и аутопсихической деперсонализации.

Шизоаффективные расстройства встречались в 6 наблюдениях (24,0%). В 4 наблюдениях манифестные приступы онейродно-кататонической или острой параноидной структуры возникали в молодом возрасте, задолго до появления ОФР («шизообсессивное расстройство» по J.Zohar, 1997). Непосредственно в постприступный период наблюдалось некоторое углубление психастенических черт, усиливались сомнения и пере проверки, отмечалось обеднение контактов. Отмечавшиеся у них в дальнейшем навязчивости существенно не отличались от ОФР у больных без шизоаффективных приступов в анамнезе. Еще в двух наблюдениях аффективно-обсессивные приступы предшествовали развитию шизоаффективных расстройств («обсессивно-компульсивная шизофрения» по М. Hwang, 2000). У этих больных навязчивости сосуществовали вместе с галлюцинаторно-бредовыми расстройствами в пределах одного приступа. Приступы начинались с острых психотических состояний (псевдодогаллюцинаторные феномены, бред воздействия, любовный бред). По мере редукции этих переживаний развивались ОФР (социофобии, ипохондрические страхи, контрастные obsessions). Т.о., не отмечалось перекрывания обсессивных и психотических феноменов, что согласуется с мнением многих исследователей (J.Eisen, 1997, I.Berman, 1998, M.Poyurovsky, 2001). Если навязчивости развивались в период сформировавшейся ремиссии после перенесенных шизоаффективных приступов, то мы обозначали их как постремиссионные, если же ОФР развивались в динамике шизоаффективного расстройства, непосредственно после психотических эпизодов, мы обозначали их как постшизофренические (рис 4).

Рисунок 4. Соотношение обсессивно-фобических и аффективных приступов с аффективно-бредовыми состояниями



Постремиссионные навязчивости (развиваются спустя некоторое время после психотических эпизодов)



Постшизофренические навязчивости (развиваются непосредственно после психотических эпизодов)

Как видно из рисунка, приступы с ОФР могут выступать в рамках резидуального состояния (постремиссионные навязчивости), либо отражать становление ремиссии после острого психотического состояния (постшизофренические навязчивости), перемежаясь с приступами депрессивной структуры. Небольшое число наблюдений не позволяет с достаточной обоснованностью установить принципиальные различия между постшизофреническими и постремиссионными навязчивостями, кроме такого формального временного признака, как их возникновение сразу или спустя некоторое время после психотического эпизода.

Как было отмечено выше, у всех больных этой группы отмечалась приступообразная динамика ОФР. С известной долей условности можно выделить три варианта обратного развития ОФР: 1) по типу «обрыва» всех

психопатологических расстройств (5 наблюдений), 2) постепенный и полный выход (12 наблюдений), 3) постепенная редукция ОФР с астено-депрессивными расстройствами (8 наблюдений). При неврозоподобных приступах регистрировался преимущественно первый и второй варианты обратной динамики, а при аффективно-обсессивных состояниях – третий.

При обратном развитии приступа по типу «обрыва» наблюдалась критическая редукция всех ОФР уже в первые дни после госпитализации больных в стационар. Еще в течение нескольких дней у них сохранялся аффект растерянности, тревожные опасения, что состояние может вернуться. Продолжительность этих приступов не превышала двух недель, что сближало их с транзиторными эндогенными приступами (В.А.Концевой, 1965, А.В.Петракова, 2003).

При обратной динамике приступа с постепенным и полным выходом в первую очередь исчезали «вторичные» навязчивости и тревожно-депрессивные состояния, и лишь затем ипохондрические страхи и контрастные обсессии. Длительность этих состояний не превышала двух-трех месяцев.

Обратное развитие приступа с астено-депрессивными состояниями характеризовалось длительным персистированием навязчивостей, которые то ослабляли, то усиливались. Полное исчезновение ОФР нередко наблюдалось через год и более после их манифестации. При этом на первый план выходили астено-депрессивные состояния в виде вялости, повышенной утомляемости, пассивности, апатии. В дальнейшем на фоне психофармакотерапии данные расстройства смягчались.

Особенности терапии больных со смешанными ОФР представлены в таблице 22.

Таблица 22. Лечение больных со смешанными навязчивостями

Медикаментозная терапия				Психотерапия абс. (%)	Другие методы абс. (%)
нейро- лептики абс. (%)	антидеп- рессанты абс. (%)	транквили заторы абс. (%)	др. лек. ср-ва абс. (%)		
25 (100,0)	25 (100,0)	10 (40,0)	1 (4,0)	18 (72,0)	4 (16,0)

Все больные этой группы получали антидепрессанты и нейролептики. При невротоподобной структуре приступов психотропные препараты применялись преимущественно в средне терапевтических дозах, а при аффективно-обсессивных приступах нередко приходилось использовать максимальные дозы психотропных средств, главным образом, антидепрессантов. Использовались антидепрессанты различных групп: ТЦА (амитриптилин-75-150 мг/сут, имипрамин – 50-200 мг/сут, кломипрамин-75-300 мг/сут), другие препараты гетероциклической структуры (мапротилин-50-150 мг/сут), СИОЗС (флуоксетин-20-40 мг/сут, пароксетин-10-60 мг/сут, циталопрам-20-50 мг/сут, сертралин-100-200 мг/сут, флувоксамин-100-250 мг/сут), антидепрессанты с двойным механизмом действия (милнаципран-100-200 мг/сут, дулоксефин – 60-120 мг/сут, мirtазапин – 30-60 мг/сут). То же самое можно сказать в отношении нейролептических средств. В лечении использовались как традиционные антипсихотики (трифлуоперазин -5-20 мг/сут, перфеназин – 4-20 мг/сут, флупентиксол-1-3 мг/сут, галоперидол-0,5-5 мг/сут), так и атипичные антипсихотики (клозапин-25-100 мг/сут, рисперидон-1-5 мг/сут, оланзапин 2,5-15 мг/сут, кветиапин – 100-600 мг/сут). Транквилизаторы использовались лишь у 40,0% больных, преимущественно для коррекции расстройств сна, а также в первые дни их пребывания в стационаре для уменьшения уровня тревоги (диазепам-5-15 мг/сут, феназепам – 0,5-3 мг/сут, алпразолам 1-3 мг/сут). Столь широкий перечень использованных для лечения психотропных средств позволяет предположить вовлечение в патогенез развития этих состояний широкого круга мозговых

структур с захватом различных нейромедиаторных систем: серотонинергической, норадренергической и дофаминергической.

С большинством пациентов проводилась психотерапевтическая работа (72,0%). Чаще всего использовались различные когнитивные методики. При ипохондрических страхах заражения хорошо себя зарекомендовал метод «экспозиции» и метод «5 колонок» (А.М.Бурно, 2001). При страхе заражения окружающих эффективность данных приемов была значительно меньше. При контрастных навязчивостях целесообразно использовать психотерапевтический прием, предложенный С.И.Консторумом (1965): больному следует объяснить, что хульные мысли возникают только в отношении близких людей, и это является лишь проявлением сильного чувства к ним. Пациентам следует объяснить, что реализация контрастной навязчивости – вещь абсолютно невозможная.

В связи с большим полиморфизмом психопатологических расстройств у больных этой группы для оценки эффективности комплексной терапии использовалась шкала общего клинического впечатления (CGI). Результаты комплексного лечения пациентов отражены в таблице 23.

Таблица 23. Обобщенные результаты комплексного лечения больных с приступообразными ОФР по шкале CGI (к концу 6 недели терапии)

Количество больных (n=25)	«Выраженное улучшение»	«Улучшение»	«Незначительное улучшение»	«Без изменения»
абс. (%)	7 (28)	8 (32)	6 (24)	4 (16)

Как видно из таблицы, терапия может быть признана успешной у 60,0% пациентов. В то же время, доля больных, не ответивших на терапию, составила 40,0%. Полученные данные трудно комментировать, т.к. в доступной нам литературе не удалось найти работ, посвященных оценке терапии приступообразно протекающих ОФР. Кроме того, некоторые исследователи полагают, что длительность приступов при рекуррентной

шизофрении предопределяется внутренними биологическими факторами, а не психофармакотерапией (В.В.Калинин, 2001). У нескольких больных, где наблюдалась наименьшая и наибольшая длительность приступообразных навязчивостей, редукция психопатологических расстройств в большей мере носила спонтанный характер, чем была связана с комплексной терапией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для изучения психопатологии и динамики множественных тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств при состояниях шизофренического спектра, а также для выявления коморбидных соотношений между ними и другими психопатологическими расстройствами, обследованы 67 больных. Группу сравнения составили 25 больных с обсессивно-фобическими расстройствами, развивающимися в рамках невроза навязчивых состояний. Все больные находились на стационарном лечении в Московской городской клинической психиатрической больнице №1 им. Н.А. Алексеева (главный врач – профессор, д.м.н. В.Н.Козырев) в период с 2002 г. по 2006 г.

Для дифференциации выборки в соответствии с традиционно выделяемыми вариантами ОФР использовались критерии МКБ-10 для агорафобии (F.40.0), социальной фобии (F.40.1), специфических фобий (F.40.2), панического расстройства (F.41.0), обсессивно-компульсивного расстройства (F.42), ипохондрического расстройства (F.45.2). Отмеченные в МКБ-10 варианты ОКР не давали четкого представления о клинических особенностях наблюдаемых больных, поэтому мы выделили следующие клинические подгруппы ОКР: навязчивые мысли и размышления (умственная жвачка), контрастные мысли и влечения, мизофобии, обсессивные мысли и ритуалы (сомнения, представления).

Критерии отбора: 1) наличие в статусе тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств, которые у каждого больного соответствовали критериям трех и более вышеперечисленных диагностических рубрик МКБ-10; 2) включались больные с расстройствами шизофренического спектра (рубрики F.21, F.23, F.25) и, как группа сравнения, – пациенты с неврозом навязчивых состояний; 3) возраст обследованных больных на момент первичного обследования в диапазоне от 18 до 60 лет.

Использовались клинико-психопатологический и клинико-катамнестический методы обследования. Степень выраженности ОФР определялась с привлечением стандартизированных шкал: шкалы фобий в

модификации Marks-Sheehan, шкалы обсессивно-компульсивных симптомов Yalle-Brown, шкалы общего клинического впечатления (CGI).

Типологическая систематика, разработанная в настоящем исследовании, основывается на выделении психопатологически самостоятельных вариантов полиморфных навязчивостей. Так же учитывались сопряженные с психопатологической структурой клинические данные в отношении коморбидности с другими психопатологическими состояниями и закономерностей динамики.

Итогом проведенной дифференциации стало выделение трех вариантов полиморфных навязчивостей при шизофрении: полиморфные абстрактные навязчивости (1-й вариант), разнообразные, несущие эмоциональную окраску обсессии (2-й вариант), смешанные навязчивости, включающие как абстрактные, так и эмоционально окрашенные обсессии (3-й вариант).

Полиморфные абстрактные навязчивости (20 наблюдений, средний возраст- 33,8 лет) регистрировались в рамках шизофрении с непрерывным типом течения, и были представлены преимущественно компульсивными ритуалами, навязчивыми мыслями и социальными фобиями. Средний возраст манифестации ОФР составил 16,6 лет, средняя длительность - 17,2 года. Анализ социально-демографических показателей свидетельствовал о неблагоприятном течении заболевания: 95,0% пациентов являлись инвалидами по психическому заболеванию или не работали более года, ни один из пациентов на момент обследования не состоял в браке.

Развитию навязчивостей предшествовали разнообразные продромальные расстройства: состояния «метафизическая интоксикация», сенситивные идеи отношения, неразвернутые дисморфофобические идеи, депрессивные состояния с доминированием «негативной аффективности» (А.Б.Смулевич, 1997). ОФР чаще всего манифестировали спонтанно.

Полиморфные абстрактные навязчивости у наблюдаемых больных были разделены на две группы: обсессии с реакциями избегания (I.Marks, 1969) и обсессии «повторного контроля» (А.Б.Смулевич, 1998).

При обсессиях с реакциями избегания преобладали мизофобии и социофобии. Защитное поведение проявлялось в виде фобического избегания и сложных компульсивных ритуалов. В преморбиде доминировали шизоидные черты. Мизофобии характеризовались страхом загрязнения и заражения различными патогенными агентами – химическими веществами (стиральные порошки, средства для мытья посуды), мелкими предметами (осколки стекла, иголки, «особые» виды пыли, грязи), неопределенной бактериальной флорой. Следует отметить, что преобладали не столько тревожные опасения заболеть определенной болезнью (СПИД-фобии, гепатитофобии), сколько страх заболеть «вообще микробами», «глистами», «какой-либо инфекционной болезнью», беспокойством, что «разовьется сепсис», «попадут в организм занозы ржавчины» («фобии внешней угрозы», по М.Д.Ефремовой, 2001). Однако дальнейшей разработки, чем могут грозить «микробы», «глисты», «пыль», «грязь» не наблюдалось. В этом проявлялось своеобразие расстройств мышления. Достаточно быстро формировалась система ритуалов, которая сопровождалась четкими концепциями о путях распространения патогенных субстанций и мерах борьбы с ними. В период наибольшей остроты состояния отмечались неразвернутые галлюцинаторные феномены в виде «навязчивых галлюцинаций» (J.Seglas, 1892). Другие ОФР были тесно связаны с доминирующей мизофобической фабулой. Специфические фобии в виде оксифобии, уколов, еды из-за страха случайно проглотить «микробы», «случайно» заразиться, ситуационно спровоцированные панические атаки, патологические сомнения «обыденного» содержания, единичные хульные мысли возникали при генерализации мизофобии, преимущественно на начальных этапах заболевания. На отдаленных этапах болезни компульсивные ритуалы представляли набор привычных действий, которые обеспечивали поддержание установившегося жизненного уклада, и которым подчинялась жизнь больного и его ближайшего окружения.

Также в подгруппу обсессий с реакциями избегания были включены 3 пациента с доминированием социальных фобий. Социофобии появлялись в

школьном возрасте и вначале принимали форму страха конкретных ситуаций (страх отвечать устный урок перед всем классом, завести личное знакомство). К пубертатному возрасту страх уже возникал в любых ситуациях, связанных с необходимостью появляться на людях («генерализованная социальная фобия» по М. Liebovitz, 1985) и касался или предполагаемого психического недостатка (не смогут правильно ответить на «неожиданный вопрос», окружающие заметят особенности «неадекватного» поведения), или мнимого физического недостатка (заметят их «впалую грудь», «трясущиеся» руки). Фобическое избегание затрагивало все контакты с незнакомыми людьми.

Среди obsessions «повторного контроля» доминировали идеаторные ритуалы, заключающиеся в повторении пришедших в голову мыслей или повторении противоположных представлений, чтобы избавиться от неприятных мыслей, повторении навязчивых, как правило, неприятных представлений, навязчивые сомнения, склонность к «умственной жвачке», постоянному обдумыванию предстоящей или бывшей беседы. В ряде случаев, чтобы облегчить длительный мучительный период «повторного контроля», больные просили близких произносить фразы, помогающие избавиться от мысленных повторений, неприятных навязчивых представлений. Поведение избегания для них было нехарактерно. В преморбиде преобладали ананкастные черты. Навязчивости дебютировали навязчивыми сомнениями или навязчивыми представлениями. Практически одновременно с ними появлялись ритуалы, которые, как правило, были крайне нелепы по содержанию, быстро теряли свойство психологической понятности. Навязчивые мысли имели характер незавершенности мыслительного процесса, при отвлечении внимания больные были вынуждены «прокручивать», повторять все с самого начала. В дальнейшем ОКР имели тенденцию к генерализации. Если в начале заболевания к появлению навязчивых мыслей мог привести вид только определенных предметов, то затем любой попавшийся в поле зрения объект или любое совершенное действие сопровождалось навязчивыми мыслями и представлениями, обращением мыслительного процесса «назад».

Доминирующие на первых этапах болезни эмоционально насыщенные представления (образы кровавых сцен убийства, собственных пораженных внутренних органов тела, несчастий с родными), сопровождавшиеся «принятием невероятного за действительное» (K.Jaspers, 1973), затем замещались индифферентными для сознания образами (геометрические фигуры, предметы обихода). Двигательные ритуалы символического характера нередко замещались или сосуществовали вместе с вербальными ритуалами (повторение определенных слов, песен, навязчивый счет). Большое место в клинической картине на отдаленных этапах болезни занимали дефицитарные расстройства в виде аутизации, гипобулии, шизофренических расстройств мышления. Присоединение других ОФР было нехарактерно, а если они и отмечались, то никакого влияния на динамику заболевания не оказывали.

Среди коморбидных расстройств преобладали психопатоподобные состояния. При obsessions с реакциями избегания они проявлялись в виде эксплозивных вспышек по отношению к ближайшим родственникам, эгоцентризма, манипулятивности. Все попытки родных изменить набор привычных действий, которые воспринимались пациентами как единственно комфортные, приводили к взрыву раздражения, угрозам или агрессии. При obsessions «повторного контроля» наблюдалось усиление психастеноподобных расстройств: склонность к сомнениям, возникающим по любому поводу, послушное подчинение родственникам, ограничение деятельности выполнением лишь элементарных домашних обязанностей. Неразвернутые бредовые идеи не являлись результатом трансформации obsessive syndrome, можно было говорить лишь о случайном сочетании этих синдромов.

Социальные фобии сопровождались сенситивными идеями отношения, которые имели тенденцию к расширению ситуаций, где они возникают. Депрессивные состояния имели вторичный по отношению к ОФР характер, возникали преимущественно при генерализации навязчивостей, постепенно редуцировались вместе со смягчением последних, никогда не сохранялись в клинической картине в течение длительного времени. В структуре

депрессивных состояний при obsссиях с «реакциями избегания» доминировала тревога, реже апатия, а при obsссиях «повторного контроля»- тоска и апатия.

Полиморфные абстрактные навязчивости регистрировались в рамках шизофрении с непрерывным прогрессивным типом течения. При obsссиях с реакциями избегания прогрессивность эндогенного процесса проявлялась преимущественно в сфере продуктивных расстройств: расширение феноменов ОКР, формирование системы защитных ритуалов, присоединение специфических фобий, депрессивных состояний, неразвернутых бредовых феноменов. Среди негативных расстройств широко были представлены лишь психопатоподобные. При obsссиях повторного контроля прогрессивность болезни реализовывалась, главным образом, в сфере негативных расстройств. Для них были характерны нарушения абстрактного мышления, стереотипизация мышления, эмоциональная отгороженность, психастеноподобные расстройства, а также выраженные волевые расстройства. Другие варианты ОФР и выраженные депрессивные состояния, как правило, не выявлялись.

Разнообразные, несущие эмоциональную окраску obsссии (22 наблюдения, средний возраст- 36,5 лет) наблюдались в рамках шизофрении с перемежающе-поступательным типом течения и были представлены расстройствами «панико-агорафобического спектра» (G.Cassano, 1998): паническим расстройством, агорафобией и ипохондрическими страхами (танатофобии, кардиофобии, лиссофобии). Средний возраст больных ко времени манифестации навязчивостей составил 26,4 года, средняя длительность ОФР - 10,1 год. Инвалидов по психическому заболеванию среди данных больных было менее четверти (22,7%), а 36,4% пациентов продолжали работать.

В преморбиде чаще всего обнаруживались психастенические и шизоидные черты. Отмечавшиеся в доманифестном периоде психопатологические расстройства, преимущественно тревожно-депрессивные

состояния и нестойкие дисморфофобии, не обнаруживали атипичных особенностей, позволяющих думать об эндогенном заболевании.

У всех больных этой группы ОФР манифестировали симптоматикой панического расстройства. В структуре манифестных панических атак, помимо «типичных» соматовегетативных симптомов со страхами соматического неблагополучия (кардиофобия, танатофобия), нередко выявлялись сенестопатии и деперсонализационно-дереализационные состояния. Вегетативные симптомы возникали несколько позже, как реакция на переживания расстройств самосознания. Сенестопатии сопровождалась необычностью локализации, вычурностью описания, осложнялись страхом сумасшествия. Социофобии в структуре панических приступов проявлялись страхом опозориться, не удержать мочу или рвотные массы. Продолжительность манифестных панических атак составляла не менее получаса, нередко они сочетались с подострыми тревожно-депрессивными состояниями.

В дальнейшем панические приступы осложнялись «тревогой ожидания» (D.Klein, 1987). В межприступные промежутки персистировали вегетативные расстройства и сенестопатии, сохранялись ипохондрические фобии, хотя и в более ослабленной форме. Отмечалось достаточно быстрое расширение степени агорафобического избегания, вплоть до формирования «панагорафобии» (Л.Г.Дмитриева, 1996). Обратная динамика состояния характеризовалась редукцией панических атак, уменьшением агорафобических страхов, снижением интенсивности ипохондрических фобий. По минованию острого периода сохранялись транспортные фобии, преимущественно в виде страха пользоваться метро, соматопсихическая деперсонализация, патологические телесные сенсации, сопровождавшиеся нестойкими танато- и лиссофобиями.

В структуре последующих обострений большое место занимали сенесто-ипохондрические расстройства и депрессивные состояния, панические атаки характеризовались небольшим количеством симптомов (малые, или

симптоматически бедные панические атаки по DSM-IV,1994), сосуществовали или замещались симптоматикой генерализованного тревожного расстройства («пан-тревога» по Р.Нох, 1949) и ОКР в виде навязчивых сомнений и представлений, или хульных мыслей.

Коморбидная психическая патология была представлена аффективными и соматоформными состояниями. На начальных этапах динамики выявлялись тревожно-депрессивные расстройства, выступающие в качестве реакций пациентов на ОФР и деперсонализацию. В дальнейшем аффективные расстройства нередко обнаруживали независимый от навязчивостей стереотип развития, развивались аутохтонно, были типичны колебания настроения с ухудшением в утренние часы, а в структуре самих депрессий доминировали аффекты тоски и апатии. Продолжительность подобных депрессивных фаз не превышала нескольких месяцев, их структура существенно не отличалась от фаз циркулярного психоза.

Соматоформные расстройства проявлялись в виде сенестопатий. В начале болезни они наблюдались лишь в структуре панических приступов и характеризовались вычурностью, необычностью, непрерывной сменой локализации, сближались с «иллюзиями общего чувства» (И.Р.Эглитис, 1977), сопровождалась страхом сумасшествия. В дальнейшем сенестопатии приобретали хроническое течение, не были связаны с паническими атаками, отличались простотой, конкретностью, нередко напоминали парестезии и невыраженные болевые ощущения при общесоматической патологии.

Преобладала перемежающе-поступательная динамика заболевания. Прогрессиентность заболевания проявлялась как в сфере продуктивных (появление аутохтонных депрессивных состояний и ОКР), так и сфере негативных расстройств. Последние выявлялись лишь на отдаленных этапах динамики (через 10 и более лет после манифестации заболевания): усиление аутистических тенденций, дистанцированность в социальных контактах, черты нерезко выраженной эмоциональной дефицитарности, а также

шизофренические расстройства мышления, выявляемые при экспериментально-психологическом обследовании.

Клиническая характеристика ОФР при неврозе навязчивых состояний

В качестве группы сравнения были обследованы больные с неврозом навязчивых состояний (25 наблюдений, средний возраст 35,6 лет). Т.к. симптоматика больных шизофренией с разнообразными, несущими эмоциональную окраску obsessions (II группа) была ближе всего к формированию невротических состояний и на начальных этапах часто возникали диагностические трудности, то эти две группы рассматривались в одной главе (4 глава). Сопоставление особенностей возникновения и динамики расстройств дает возможность выделить наиболее значимые дифференциально-диагностические признаки.

Непосредственно манифестации ОФР предшествовали внезапные психотравмы и биологические вредности. В структуре манифестных панических атак, продолжительность которых не превышала 15-20 минут, доминировали разнообразные вегетативные и истеро-конверсионные расстройства. В дальнейшем отмечалась типичная для неврозов последовательность вовлеченности в патологический процесс сенсомоторных и аффективных расстройств, мыслей об опасности, а также стойких изменений активности и образа жизни (Н.Д.Лакосина, 1986, 1994, Л.Г.Дмитриева, 1996). Обратная динамика острого состояния заключалась в уменьшении количества панических атак, ипохондрических страхов и межприступной тревоги. В межприступный период агорафобические страхи, преимущественно страх пользоваться метро и наземным транспортом, оставались. Преобладало полное уклонение от фобических ситуаций.

В дальнейшем наблюдалось два варианта течения заболевания. При первом варианте динамики на отдаленных этапах, помимо расстройств «панико-агорафобического спектра», встречались социофобии и контрастные obsessions. Социофобии регистрировались в структуре повторных панических атак, нередко осложнялись депрессивными идеями малоценности.

Контрастные obsessions возникали в структуре неманифестных панических атак, иногда сопровождались нестойкой лиссофобией и специфическими фобиями. Последующие обострения заболевания протекали как с участием социофобий и контрастных obsessions, так и без них, динамика заболевания определялась агорафобическими страхами. При втором варианте течения психопатология невротических ОФР исчерпывалась паническими атаками с агорафобией. На отдаленных этапах заболевания наблюдалось расширение агорафобических страхов за счет повторения панических атак в новых ситуациях. В межприступный период доминировало генерализованное тревожное расстройство и конверсионные симптомы. Для борьбы со страхами пациенты нередко прибегали к приему алкоголя или к бесконтрольному приему транквилизаторов. На поздних стадиях болезни страх смерти приобретал неконкретный характер. Прогноз заболевания в данном варианте был хуже.

Коморбидные психические расстройства отличались сравнительной простотой и «психологической понятностью». Наиболее часто, выявлялись конверсионные и соматоформные расстройства. Разнообразные конверсионные расстройства регистрировались в структуре манифестных панических атак. При повторных панических атаках их удельный вес снижался, более длительно сохранялись такие симптомы, как ощущение «ватности» ног и чувство «кома» в горле. Соматоформные расстройства в виде пароксизмально возникающих или перманентных ощущений жжения в эпигастрии, «проколов» в области сердца и других симптомов, не обнаруживали связи с паническим расстройством, могли выявляться в любом периоде заболевания. Депрессивные состояния имели вторичный характер, их длительность не превышала нескольких недель.

Как было отмечено выше, наибольшие дифференциально-диагностические трудности наблюдались между полиморфными ОФР в рамках невроза навязчивых состояний и разнообразными, несущими эмоциональную окраску obsessions, регистрирующимися при шизофрении. Следует отметить, что для шизофренического процесса характерна

спонтанная манифестация и затяжной характер панических атак, наличие в их структуре обильных сенестопатий и деперсонализации. Страх сумасшествия и контрастные obsessions при этом нередко встречаются уже в дебюте заболевания. На отдаленных этапах динамики выявляются негативные процессуальные изменения личности, возможно появление аутохтонных депрессивных состояний. Манифестации невротических ОФР чаще всего предшествуют значимые для личности психогении. Продолжительность панических атак не превышает 20-30 минут, в их структуре доминируют вегетативные и конверсионные нарушения, а также ипохондрические страхи (кардиофобии и танатофобии). На определенных этапах развития возможно появление социофобий, а также контрастных obsessions, которые осложняются нестойким страхом сумасшествия. Депрессии при неврозе навязчивых состояний носят преимущественно вторичный по отношению к другим расстройствам характер, никогда не развиваются спонтанно.

Смешанные навязчивости, включающие как абстрактные, так и эмоционально окрашенные obsessions (25 наблюдений, средний возраст-30,6 лет) регистрировались в рамках шизофрении с периодическим типом течения. Преобладали контрастные obsessions и ипохондрические фобии (гепатитофобии, СПИДофобии, лиссофобии). Средний возраст манифестации навязчивостей составил 24,1 года, средняя длительность - 6,3 года, причем в большинстве наблюдений она не превышала 4-х лет. В преморбиде преобладали психастенические и шизоидные черты.

Было выделено три варианта обратного развития приступообразных ОФР: по типу «обрыва» всех психопатологических расстройств, постепенный и полный выход, и постепенная редукция навязчивостей с астено-депрессивными расстройствами. В межприступный период ОФР отсутствовали.

В зависимости от структуры обсессивного синдрома и коморбидных состояний было выделено два варианта приступов с доминированием ОФР: неврозоподобные и аффективно-обсессивные.

Развитию неврозоподобных приступов предшествовали дисморфофобии, деперсонализационные эпизоды и явления «метафизической интоксикации». Приступы развивались остро, часто больные могли точно назвать дату начала заболевания. К особенностям этих состояний следует отнести аутохтонную манифестацию с аффекта растерянности, недоумения, а также первичность страха сумасшествия, который присутствовал у всех больных этой группы, хотя порой в несколько завуалированной форме («разовьются галлюцинации», «поедет крыша», «случится непоправимое»). В дальнейшем страх сумасшествия сменялся контрастными навязчивостями, осложнялся тревожно-депрессивными состояниями. Вегетативные расстройства были представлены единичными симптомами, возникали как реакция на необычное состояние. Больные часто поступали в больницу по скорой психиатрической помощи, наблюдались в острых психиатрических отделениях, и лишь спустя некоторое время, когда снижалась интенсивность тревоги, переводились в отделение пограничных состояний. В течение нескольких дней наблюдалось колебание интенсивности аффективных и обсессивных расстройств. Дальнейшая динамика состояния определялась контрастными обсессиями (суицидо- и гомицидофобии, сексуальные и кощунственные представления), которые сопровождались навязчивыми влечениями к их реализации. В тесной связи с ними развивались специфические фобии (страх острых предметов, высоты), формировалось избегающее поведение. В ходе обратного развития вначале исчезали контрастные обсессии, что приводило к редукции аффективных расстройств и избегающего поведения. Продолжительность приступов составляла от нескольких дней до полугода, в среднем – 2-3 месяца. В нескольких наблюдениях приступы носили транзиторный характер, завершались критически уже в первые дни пребывания больных в стационаре. В послеприступном периоде оставались опасения, что состояние может вернуться, иногда встречалась лиссофобии, однако контрастные навязчивости и элементы избегающего поведения не регистрировались. Изменения личности, как правило, не отмечались или была выражены незначительно: больные

становились более подчиняемыми, пассивными, отмечалось некоторое ограничение контактов. Повторные приступы отличались более простой структурой.

Развитию аффективно-обсессивных приступов предшествовали аффективные состояния (биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство) и острые психотические эпизоды. Тревожно-депрессивные и апато-динамические расстройства нередко возникали непосредственно перед манифестацией обсессий или одновременно с последними. ОФР были представлены ипохондрическими страхами заражения (гепапитофобия, СПИДофобия), лиссофобиями, компульсиями, специфическими фобиями, реже – обсессивными мыслями по типу «умственной жвачки», овладевающими представлениями и хульными мыслями. Ипохондрические страхи быстро приобретали черты образных овладевающих представлений, занимали доминирующее положение в сознании. В тесной связи с ними развивались «вторичные» навязчивости: страх заражения других людей, оксифобии, лиссофобии, компульсии в виде навязчивого мытья рук. В период «наплыва» навязчивых ассоциаций любой индифферентный предмет приобретал особое значение, напоминая о содержании ОФР, порой доходя до степени «принятия невероятного за действительное» («навязчивости особого значения» по К. Jaspers, 1973). Это сближало данные навязчивости с острыми бредовыми состояниями. В то же время относить их к бредовым феноменам нельзя: обнаруживалось определенное критическое отношение к ОФР, отсутствовали четкие концепции, объясняющие пути проникновения в организм чужеродных агентов, а также ипохондрический бред. Интенсивность компульсий часто приводила к формированию избегающего поведения.

В ходе обратного развития вначале улучшалось настроение, исчезали «вторичные» навязчивости, уменьшались компульсии, ипохондрические фобии постепенно утрачивали свою актуальность. В ремиссиях нередко отмечалось некоторое снижение активности и инициативы, иногда выявлялись шизофренические расстройства мышления, однако изменения личности были

выражены незначительно. Продолжительность манифестных обсессивно-фобических приступов составляла от одного месяца до двух лет. В последующем встречались как однотипные аффективно-обсессивные приступы, так и приступы аффективной или шизоаффективной структуры, когда ОФР отсутствовали или были выражены незначительно. В целом следует отметить, что аффективно-обсессивные приступы соотносились с менее благоприятной динамикой, чем неврозоподобные: их развитию часто предшествовали аффективные и шизоаффективные расстройства, депрессивные состояния носили эндогенные черты, они были склонны к затяжному течению.

Отмечалось некоторое феноменологическое сходство аффективно-обсессивных состояний с полиморфными абстрактными навязчивостями: высокий удельный вес компульсий, формирование избегающего поведения, «вторичные» специфические фобии. В то же время, при аффективно-обсессивных состояниях отсутствовала сложная «обсессивная система», подчиняющая жизнь больных, доминировала именно ипохондрическая фабула страхов, а не «фобии внешней угрозы», депрессивные расстройства отличались большей глубиной, сосуществовали независимо от навязчивостей.

Коморбидные навязчивостям психические расстройства характеризовались полиморфизмом. Вторичные депрессивные состояния носили преимущественно тревожную окраску, выступали в качестве реакций пациентов на контрастные навязчивости и ипохондрические страхи. Рекуррентные депрессивные расстройства могли возникнуть в любой период заболевания. В их структуре, помимо типичных для эндогенных депрессий симптомов (колебание настроения с ухудшением в утренние часы, анергия, ангедония, симпатикотония), встречались неразвернутые неврозоподобные расстройства (дисморфобические расстройства, «хульные мысли», социофобии, сенестопатии). Продолжительность этих состояний не превышала 4-6 месяцев. Биполярные расстройства предшествовали ОФР, встречались в виде сдвоенных аффективных фаз. Деперсонализационные расстройства развивались аутохтонно, длились не больше нескольких минут, проявлялись в виде

симптомов острой соматопсихической и аутопсихической деперсонализации. Одновременного сосуществования обсессивных и бредовых симптомов не наблюдалось. Если ОФР развивались в период сформировавшейся ремиссии после перенесенного аффективно-бредового состояния, то мы обозначали их как постремиссионные обсессии. Если же навязчивости встречались в динамике шизоаффективного расстройства, непосредственно после редукции психотических симптомов, мы обозначали их как постшизофренические обсессии.

Лечение множественных тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств состояло в комплексном использовании различных психотропных средств и психотерапевтических методов.

При состояниях, протекающих с преобладанием полиморфных абстрактных навязчивостей, медикаментозная терапия включала использование средних доз традиционных антипсихотиков (трифлуоперазин, перфеназин) и высоких доз серотонинергических антидепрессантов (кломипрамин, пароксетин, циталопрам). Из психотерапевтических стратегий лучше всего себя зарекомендовали когнитивно - поведенческая психотерапия (КПТ), которая была более эффективна при доминировании в клинической картине мизофобий и патологических сомнений. Согласно шкале обсессивно-компульсивных расстройств Yalle-Brown (Y-BOCS), комплексная терапия оказалась эффективной в отношении симптомов подшкалы «компульсий», и неэффективной в отношении симптомов подшкалы «обсессий» данной шкалы, что подтверждает положение о высокой степени резистентности хронических ОКР.

При разнообразных, несущие эмоциональную окраску обсессиях и при невротических ОФР использовались сходные терапевтические стратегии. Среди медикаментозных средств ведущее значение отводилось антидепрессантам, преимущественно из групп ТЦА и СИОЗС. Значительных различий по степени редукции острых фобических приступов и коморбидных депрессивных состояний между антидепрессантами получено не было. В то же время

препараты из группы СИОЗС были значительно более эффективны, чем ТЦА (кроме кломипрамина) в отношении уменьшения степени агорафобического избегания. Транквилизаторы применялись в первые две-три недели лечения для редукции панических приступов и тревожно-ажитированных состояний, а также для коррекции диссомнических расстройств. Нейролептические средства использовались при высоком удельном весе в клинической картине сенесто-ипохондрических расстройств (сульпирид, перфеназин, кветиапин), деперсонализационно-дереализационных состояний (трифлуоперазин, рисперидон). КПТ проводилась в два этапа. На начальном, когнитивном этапе (1-5 нед.), пациентам объяснялась сущность пугающих симптомов, подчеркивалось, что реальной угрозы жизни во время панических приступов нет. На втором, поведенческом этапе КПТ (4-8 нед.), больным давались четкие рекомендации по ежедневному пребыванию в пугающих ситуациях, с постепенным увеличением дозы экспозиции. Следует отметить, что при высоком удельном весе коморбидных расстройств, а также при значительной выраженности «тревоги ожидания» и частых панических атаках, КПТ проводилась после смягчения этих состояний. Согласно стандартной шкале фобий в модификации Marks-Sheehan, стационарная терапия была признана успешной только в отношении симптомов подшкалы «страх», которая оценивает преимущественно паническую составляющую фобического синдрома, но не симптомов подшкалы «избегание», которая оценивает непосредственно степень фобического избегания.

При смешанных ОФР с приступообразной динамикой использовались преимущественно антидепрессанты и нейролептики. При неврозоподобной структуре приступов психотропные препараты применялись в средне терапевтических дозах, а при аффективно-обсессивных приступах нередко использовались максимальные дозы психотропных средств, главным образом антидепрессанты. Из психотерапевтических стратегий применялись когнитивные методики. Согласно шкале общего клинического впечатления (CGI), терапия была признана успешной у 60,0% пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Множественные тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства (ОКР) встречаются при основных формах течения шизофрении. При непрерывнотекущем типе течения регистрируются полиморфные абстрактные навязчивости; при перемежающе-поступательном - разнообразные, несущие эмоциональную окраску обсессии; при периодическом - смешанные навязчивости, включающие как абстрактные, так и эмоционально окрашенные обсессии.

2. В рамках полиморфных абстрактных навязчивостей наблюдаются две группы состояний.

2.1. При обсессиях с реакциями избегания доминируют мизофобии и социальные фобии, характерно формирование системы защитных ритуалов, прогрессивность заболевания реализуется преимущественно в сфере продуктивных расстройств в виде расширения и усложнения навязчивостей.

2.2. При обсессиях «повторного контроля» преобладают идеаторные ритуалы, заключающиеся в повторении пришедших в голову навязчивых мыслей, повторении навязчивых представлений, а также навязчивые сомнения и склонность к «умственной жвачке». Прогрессивность заболевания реализуется преимущественно в сфере негативных расстройств с появлением психастеноподобных состояний.

3. При разнообразных, несущих эмоциональную окраску обсессиях, доминируют расстройства «панико-агорафобического спектра»: паническое расстройство, агорафобия, ипохондрические страхи. Болезнь дебютирует паническими атаками, часто на фоне острой деперсонализации. По минованию манифестного периода болезни ОФР полностью не редуцируются. В дальнейшем в структуре обострений ведущее место занимают сенесто-ипохондрические состояния и фазные депрессивные расстройства.

4. При смешанных навязчивостях с периодическим типом течения в межприступный период ОФР не выявляются. Наблюдаются 2 вида приступов с доминированием навязчивостей.

4.1. При невротоподобной структуре приступов преобладает острый страх сумасшествия, контрастные obsessions и специфические фобии. Длительность приступов составляет от нескольких дней до 4-6 месяцев

4.2. При аффективно-obsessивной структуре приступов доминируют ипохондрические страхи заражения (гепатитофобия и СПИДофобия) и компульсии. Длительность приступов составляет от месяца до двух лет.

5. Коморбидные навязчивостям психопатологические расстройства отличаются полиморфизмом. При первом варианте ОФР преобладают психопатоподобные состояния, депрессивные расстройства в виде реакций пациентов на obsessions и неразвернутые бредовые состояния. При втором варианте ОФР доминируют сенестопатии и аффективные расстройства. При третьем варианте ОФР приступы с доминированием навязчивостей могут перемежаться с приступами аффективной и шизоаффективной структуры.

6. Выделены наиболее существенные дифференциально-диагностические признаки полиморфных ОФР в рамках невроза навязчивых состояний: их манифестации предшествуют внезапные психотравмы; в структуре панических атак доминируют вегетативные и конверсионные расстройства, кардиофобии и танатофобии; контрастные obsessions и лиссофобии развиваются на отдаленных этапах динамики; депрессивные расстройства никогда не развиваются спонтанно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреев А.М. Тревожно-фобические расстройства со стойкой агорафобией. Дисс... канд. мед. наук.- М., 1999.
2. Андриющенко А.В. Анализ синдромальной коморбидности депрессивных и обсессивно-фобических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. - 1994.- №3. - С. 21-26.
3. Андриющенко А.В. Проблемы синдромальной коморбидности депрессивных и обсессивно-фобических расстройств. Автореф. ... дисс. канд. - М., 1995.
4. Асатиани Н.М. Особенности клиники и течения невроза навязчивых состояний. Автореф... докт. дисс. - М., 1966.
5. Асатиани Н.М., Матвеева Е.С., Жуков В.Ф., Соколова Т.Н. Особенности динамики навязчивых страхов в клинике некоторых пограничных состояний // В кн.: Материалы конференции (20-22 декабря 1971 г.). - М., 1971. - С. 147-151.
Асатиани Н.М., Жуков В.Ф., Матвеева Е.С., Соколова Т.И. О психотерапии навязчивых состояний // Шестой всес. съезд невропатол. и психиатров. - т. 1. - М., 1975. - с. 453-456.
6. Асатиани Н.М., Матвеева Е.С. Клиника резидуальных расстройств при благоприятном течении невроза навязчивых состояний // Журн. невропатол. и психиатр. - 1981. - №11. - С. 1666-1671.
7. Басов А.М. Сенестопатическая шизофрения. Автореф. ... дисс. канд. - М., 1981.
8. Беззубова Е.Б. Клинико-онтогенетические особенности формирования синдрома деперсонализации при шизофрении. Дисс... канд. мед. наук. - М., 1988.
9. Бородина Л.Г. Клиника и современная терапия агорафобии // Современные проблемы психического здоровья. - М., 2005.-С. 186-196.
10. Бурно А.М. Дифференцированная когнитивно-поведенческая терапия обсессивно-компульсивных расстройств. Дисс... канд. мед. наук. - М., 2001.
11. Вертоградова О.П. Тревожно-фобические расстройства и депрессия // Тревога и обсессии - Москва, 1997. - С. 113-131.

12. Волель Б.А. Помешательство сомнений (психопатология, клиника, терапия). Автореф. ... дисс. канд. - М., 2003.
13. Воловик В.М. «Клиника, динамика и прогностическая оценка синдрома навязчивых состояний при шизофрении» // Неврозы и пограничные состояния. Тр. ин-та им. Бехтерева. - Л., 1972. – т. 63. - С. 62-69.
14. Воробьев В. Ю., Нефедьев О. П. О дефекте типа фершробен при вялотекущей шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. -1987- № 9. - 1378-1383.
15. Воронцова К.А. Малоградиентная шизофрения и циклотимия с фобическими проявлениями у пациентов общесоматической поликлиники. – Автореф. ... дисс. канд. - М., 1988.
16. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий (их статика, динамика, систематика). М., Кооп. изд. «Север».- 1933.- 144 с.
17. Герцберг М.О. О хронических систематизированных навязчивых состояниях // Журн. сов. невропатол. психиатр. и психогиг. – 1935. – №4 – С. 51-64.
18. Гиляровский В.А. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов. 4-е изд. доп. и перераб.- М. - 1954. - 560 с.
19. Головань Л.И. Вялотекущая шизофрения с навязчивостями. Дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1965.
20. Граненов Г.М., Мосолов С.Н. Применение антидепрессантов различных групп при терапии обсессивно-компульсивных расстройств // Журн. невропатол. и психиатр., 1999.- № 2.- С. 3-8.
21. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. М. – 1980.- 272 с.
22. Гушанский И.Э. Типология затяжных тревожно-фобических расстройств с явлениями агорафобии // Журн. невропатол. и психиатр.- 1997. - № 12. - С. 20-23.

23. Гушанский И.Э. Неврозоподобная шизофрения с преобладанием тревожно-фобических расстройств (клиника, типология, терапия). Автореф. ...дисс. канд. - М., 1998.
24. Данилова М.Б. Шизофрения с навязчивостями (клинико-катамнестическое исследование). Автореф. ... дисс. канд. - М., 1966.
25. Джангильдин Ю.Т. Неврозоподобные состояния при различных типах течения шизофрении. - Дис... канд. мед. наук. - Алма-Ата, 1983.
26. Дмитриева Л.Г. Психопатология, динамика и прогноз агорафобии. Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1996.
27. Дороженко И.Ю. Клиническая типология навязчивостей контрастного содержания при психических заболеваниях пограничного уровня // Журн. невропатол. и психиатр., 1999.- № 2.- С. 3-8.
28. Дубницкий Л.Б. Особые сверхценные образования типа «метафизической интоксикации» при шизофрении. Автореф... канд. дисс. - М., 1977.
29. Ефремова М.Д. К проблеме соотношения обсессивных и бредовых проявлений у больных шизофренией (на модели мизофобии) // Тревога и обсессии - Москва, 1997. - с. 132-141.
30. Ефремова М.Д. Обсессивно-фобические расстройства с явлениями мизофобии при вялотекущей шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр.- 2001.-№2.- С. 12-17.
31. Завидовская Г.И. Благоприятно текущая шизофрения с навязчивостями. Автореф. ... дисс. канд. - М., 1971.
32. Иванов С.В., Ильина Н.А., Бурлаков А.В. Спектр терапевтической эффективности и безопасность применения лоразепаме при тревожных расстройствах // Журн. невропатол. и психиатр.- 2003.-№8.- С. 38-41.
33. Калинин В.В., Максимова М.А. Современные представления о феноменологии, патогенезе и терапии тревожных состояний // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 1994. - т. 94., вып. 3. - с 100-106.

34. Калинин В.В., Сулимов Г.Ю. Купирование острой психотической симптоматики у больных шизофренией атипичным нейролептиком рисполет: сравнение с классическими нейролептиками // Психиатрия и психофармакотерапия.– 2000.- № 3.– С.69-71.
35. Калинин В.В. Современная фармакотерапия тревожных состояний // Новые достижения в терапии психических заболеваний. – М. 2002.-409-431.
36. Калинин В.В. Алпразолам и клоназепам при лечении панического расстройства // Новые достижения в терапии психических заболеваний. – М. 2002.-445-449.
37. Кажаров М.Х. Диагностическое и прогностическое значение навязчивостей при разных типах депрессий. Автореф. ... дисс. канд. - М., 1985.
38. Кербиков О.В. Избранные труды. - М., Медицина. - 1971. - 312 с.
39. Колюцкая Е.В. Обсессивно-фобические расстройства в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра. Дис. ... д-ра мед наук. – М., 2001.
40. Колюцкая Е.В. Типология обсессивно-фобических расстройств при шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. - 2002. - №2.- С. 27-33.
41. Колюцкая Е.В., Волель Б.А. Циталопрам (ципрамил) при терапии обсессивно-компульсивных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. - 2002.-№1.-С.23-26.
42. Консторум С. И., Барзак С. Ю., Окунева Э. Г. Ипохондрическая форма шизофрении // Проблемы пограничной психиатрии. - М.-Л., 1935 - с. 150-202.
43. Консторум С.И., Барзак С.Ю., Окунева Э.Г. Шизофрения с навязчивостями // Труды ин-та им. Ганушкина. - 1936; Вып. 1. - с. 57-89.
44. Консторум С.И. Опыт практической психотерапии. - М., 1959. - 224 с.
45. Концевой В.А. Транзиторные приступы при периодической форме шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр.– 1965.– Т.65, № 8.– С.1232-1238.

46. Корсаков С.С. К вопросу об «острых» формах умопомешательства. // Труды IV съезда общества русских врачей в память Пирогова. - М., 1891. - с. 8-9.
47. Корсаков С.С. Курс психиатрии. - 2-е изд.- М., 1901. - Т 1. - 677 с.
48. Лакосина Н.Д. Прогностическое значение инициальных расстройств при невротических и невротоподобных состояниях // Журн. невропатол. и психиатр. - 1974. - №11. - С. 1688-1692.
49. Лакосина Н.Д., Панкова О.Ф., Беззубова Е.Б. Клинические особенности острых фобий с соматовегетативными расстройствами при неврозах и малопрогрессирующей шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. - 1986. - №11. - С. 1684-1689.
50. Лакосина Н.Д., Панкова О.Ф. Динамика невротических расстройств с вегетативными пароксизмами // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 1988. - т. 88, вып. 1. - с. 74-79.
51. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: Клиника и лечение. - М.: Медицина, 1994. - 192 с.
52. Лакосина Н.Д., Колупаев Г.П. Дифференциальная диагностика и прогноз фобических расстройств // Журн. невропатол. и психиатр. - 1998. - №10. - С. 8-11.
53. Липгарт Н.К. Особенности аффективных нарушений при навязчивых состояниях различной психопатологической структуры // Журн. невропатол. и психиатр.- 1965.- №11.- С.1589-1596.
54. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - 2-е изд. - Л.: Медицина, 1983. - 255 с.
55. Матвеева Е.С. Сравнительное изучение психопатологии и динамики навязчивых сомнений в клинике навязчивых сомнений в клинике вялотекущей шизофрении и пограничных состояний. Автореф. ... дисс. канд.- М., 1972.

56. Михалевская О.В. Симптоматология и динамика транспортных фобий. // Материалы научно- практической конф., посвященной 80-летию со дня рождения Г.К. Ушакова. – М., 2002.-С.64-66.
57. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. - СПб., 1994 г.
58. Молохов Н.А. Обсессии, фобическое развитие // Труды психиатрической клиники I ММИ. - 1937. - Вып. 6. - С. 6-36.
59. Мосолов С.Н. Клиническое применение антидепрессантов. – С.-П., 1995.-566 с.
60. Мосолов С.Н. Обсессивно-компульсивное расстройство. – М., 2005.- 36 с.
61. Мосолов С.Н. Тревога и депрессия: проблема диагностики и терапии // Психофармакотерапия депрессий. – 2005.-№4.-с.1-16.
62. Наджаров Р. А. Так называемые неврозоподобные (стертые) формы шизофрении // Труды научно-практической конференции посв. 100-летию со дня рождения С. С. Корсакова. - М., 1955. - с. 175-178.
63. Наджаров Р. А. Формы течения // Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование /под ред. А. В. Снежневского/. - М., 1972. - С. 16-76.
64. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. – Л., 1981.- 207 с.
65. Озерецковский Д.С. О навязчивых явлениях при шизофрении // Труды психиатрической клиники 1 МГУ. - 1925. - Вып.1. - С. 7-21.
66. Озерецковский Д.С. Навязчивые состояния. - М., Медгиз. - 1950. – 168 с.
67. Панкова О.Ф. Клинические особенности и некоторые возможные механизмы патогенеза невротических расстройств с вегетативными кризами. Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1988.
68. Пантелеева Г.П. О вялопротекающей шизофрении с клиническими изменениями психастенического типа. Дис. ... канд. мед. наук.- М., 1966.

69. Пантелеева Г.П. О вяло текущей шизофрении с клиническими изменениями психастенического типа // Журн. невропатол. и психиатр. - 1968. - №11. - С. 1690-1698.
70. Петракова А.В. Клинические варианты, психопатология и прогноз транзиторных психозов. Дис. ... канд. мед. наук.- М., 2003.
71. Поляков С.Э. К содержанию понятия «фобии» //Журн. невропатол. и психиатр. - 1988.- №11. - С. 64-67.
72. Пчелина А.Л. Психопатология затяжных эндогенных депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. - 1979.- №12. - С. 1708-1712.
73. Рыбаков Ф.Е. Душевные болезни. - М., 1917. - 521 с.
74. Сергеев И.И. Динамика и исходы неврозов // Журн. невропатол. и психиатр. - 1989. - №11.- С. 57-60.
75. Сергеев И.И., Дмитриева Л.Г., Кессельман Л.Г. Психопатология транспортных фобий // Актуальные вопросы психиатрической практики.- Полтава, 1993. - вып 7. - С. 120-121.
76. Сергеев И.И. Место антидепрессантов в терапии фобий // Психиатрия и психофармакотерапия. Приложение №3. – 2001. С.8-11.
77. Сергеев И.И., Шмилович А.А., Бородина Л.Г. Спорные аспекты проблемы фобий // Материалы научно- практической конф., посвященной 80-летию со дня рождения Г.К. Ушакова. – М., 2002.-С.7-35.
78. Сергеев И.И. Проблемы неврологии, возникшие в связи с внедрением МКБ-10 // Современные проблемы психического здоровья. - М., 2005.-С. 38-45.
79. Смулевич А.Б., Завидовский Г.И. Проблема неврозов в исследованиях Цюрихской клиники // Журн. невропатол. и психиатр. - 1970. - № 12. - С. 1883-1888.
80. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. - М., Медицина. - 1987. - 236 с.
81. Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., Тхостов А.Ш. и др. Психофармакотерапия тревожно-депрессивных состояний (взаимосвязь

- структуры коморбидности с выбором медикаментозной терапии) //Журн. невропатол. и психиатр. - 1994. - №5. – С. 60-64.
82. Смулевич А.Б. К вопросу психопатологической систематики ипохондрии // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. - 1996. - т. 96, вып 2. - с. 9-13.
83. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Тхостов А. Ш., Зеленина Е. В., Андрищенко А. В., Иванов С. В. Психопатология депрессий (к построению типологической модели) // Депрессии и коморбидные расстройства. М. - 1997.- С. 28-53.
84. Смулевич А.Б., Колюцкая Е.В., Иванов С.В. Обсессивно-фобические расстройства с паническими атаками и явлениями стойкой агорафобии (клиника, прогноз, терапия) //Социальная и клиническая психиатрия. - 1998. - №4. - С. 40-48.
85. Смулевич А.Б. Дефектные состояния при шизофрении. // Руководство по психиатрии.- М., Медицина.- 1999.- Т.1.-С. 465-461.
86. Смулевич А.Б. Психогенные реакции, или нозогении // Руководство по психиатрии.- М., Медицина.- 1999.- Т.2.-С. 471-479.
87. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Психопатология и терапия шизофрении на неманифестных этапах процесса // Психиатрия и психофармакотерапия.- 2005. - №4.- С.184-188.
88. Снежневский А.В. Общая психопатология (курс лекций). – Валдай, 1970 –190 с.
89. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. - М. 1983. - т. 1. - С. 16-97.
90. Соколова Т.Н. Синдром контрастных навязчивых явлений в клинике невроза навязчивых состояний и некоторых других психических заболеваний. Автореф. ... канд. дисс. - М., 1972.
91. Стась С.Ю. К проблеме типологии навязчивостей контрастного содержания (на модели вялотекущей шизофрении) // Психиатрия.- №2, 2006. – С.14-21.

92. Суханов С.А. Семиотика и диагностика душевных болезней. - Товарищество типографии А.И. Мамонтова. - М., 1905. - Т 2. - 180 с.
93. Суханов С. А. Циклотимия и психастения и их отношение к неврастении // Русский врач - 1907. - т. 8. - №3. - с. 79-81.
94. Тиганов А.С. Рекуррентная (периодическая) шизофрения // Руководство по психиатрии.- М., Медицина.- 1999.- Т.1.-С. 428-432.
95. Ушаков Г. К. Детская психиатрия. — М., Медицина.- 1973. - 392 с.
96. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина. - 1987. - 304 с.
97. Шахламов А.В. Шизофрения, протекающая по типу псевдоневроза. Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1987.
98. Шевалев Е.А. К вопросу трудовой терапии неврозов и психозов // Проблемы психиатрии и психопатологии.-М.: Биомедгиз,1935.-С. 44-68
99. Шюркуте А.А. Психопатология и клиника шизофрении, протекающей с навязчивостями. Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1987.
100. Шмилович А.А. Рецидивирующие и затяжные фобические расстройства. Дис. ... канд. мед. наук.- М., 1987.
101. Эглитис И.Р. Сенестопатии. - Рига: Зинайтке, 1977. - 183 с.
102. Ястребов Д.В. Протекающая с сенситивными идеями отношения социальная фобия при эндогенных заболеваниях // Журн. невропатол. и психиатр.- 1999.- № 12. – С. 24-29.
103. Ястребов Д.В. Социальные фобии и сенситивные идеи отношения. Дис. ... канд. мед. наук. - М., 2000.
104. Abramowitz J.S. Effectiveness of psychological and pharmacological treatment for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. //J. Consult. Clin. Psychol. – 1997. - Vol. 65. - P. 44-52.
105. American Psychiatric Assotiation. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn). Washington DC: APA, 1994.
106. Argyle N. Panic attacks in chronic schizophrenia //Br. J. Psychiatry.- 1990.- Vol. 157.- P. 430-433.

107. Basoglu M., Marks I.M., Sengur S. A prospective study of panic and anxiety in agoraphobia with panic disorder // Br. J. Psychiatry. - 1992. - vol. 160/Jan. - P. 57-64.
108. Berman I., Merson A., Viegner B. Obsessions and compulsions as a distinct cluster of symptoms in schizophrenia: a neuropsychological study // J. Nerv. Ment Dis.- 1998.- Vol.186.- P.150–156.
109. Bisserbe J., Lane R.M, Flament M et al A double-blind comparison of sertraline and clomipramine in outpatients with obsessive-compulsive disorder //Eur. Psychiatry.- 1997.- Vol. 12.- P.82-93.
110. Black D., Noyes R., Pfohl B., Goldstein R., Blum N. Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first-degree relatives // Am. J. Psychiatry.- 1996. Vol. 150. – P. 26-32.
111. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Scizophrenien. // Handbuch der Psychiatrie Hrsg Aschaffenburg G. Leipzig-Wien. 1911; 4, 1.
112. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1972.
113. Boer J. Serotonergic mechanisms in anxiety disorders. - Etoefschrift Utrecht, 1988.
114. Bowen R., South M., Fischer D., Looman T. Depression, mastery and number of group sessions attended predict outcome of patients with panic and agoraphobia in a behavioral/medication program // Can. J. Psychiatry. - 1994, Jun. – Vol. 39(5). - P. 283-288.
115. Bottas A., Cooke R., Richter M.. Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia? // J. Psychiatry Neurosci. – 2005. - Vol. 30.- P.187-93.
116. Braga R., Petrides G., Figueira I. Anxiety disorders in schizophrenia // Compr Psychiatry. – 2004.- Vol.45.- P.460-8.

117. Braga R., Mendlowicz M., Marrocos R., Figueira I. Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life // *J. Psychiatr. Res.* - 2005.- Vol.39.- P. 409-14.
118. Bronisch T, Hecht H. Major depression with and without a coexisting anxiety disorder: social dysfunction, social integration, and personality features//*J. Affect. Disord.* -1990.- Vol.20.- P. 151-157.
119. Burns L.E., Thorpe G.L. The epidemiology of fears and phobias // *J. Int. Med. Res.* - 1972. - vol. 5. - P. 1-7.
120. Carpenter WT , Heinrichs DW, Alphas LD. Treatment of negative symptoms // *Schizophr. Bull.* - 1985.- Vol.11.- P. 440-452.
121. Cassano G., Petracca A., Perugi G., Toni C., Tundo A. Derealization and panic attacks: a clinical evaluation on 150 patients with panic disorder/agoraphobia // *Compr. Psychiatry.* - 1989. - Vol.30.- P.5-12.
122. Cassano G., Michelini S., Shear M., Coli E., Maser J., Frank E. The panic-agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms //*Am. J. Psychiatry.* – 1997. - Vol.154, suppl. 6. - P.27-38.
123. Cassano G., Rotondo A., Maser J., Shear M., Frank E., Mauri M. The Panic-Agoraphobic Spectrum: Rationale, Assessment, and Clinical Usefulness // *CNS Spectrums.*- 1998. - Vol.4. - P.34-48.
124. CassanoG., Pini S., Sættoni M., Rucci P., Dell'Osso L. Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in patients with psychotic disorders. // *J. Clin. Psychiatry.* - 1998. - Vol.59. - P. 60-68.
125. Charney D., Breier A. Agoraphobia with panic attacks. Development, diagnostic stability, and course of illness // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1986.- Vol. 43. - P.1029-1036.
126. Chen C., Liu C., Yang Y. Correlation of panic attacks and hostility in chronic schizophrenia // *Psychiatry Clin. Neurosci.* –2001.- Vol.55.- P.383-387.
127. Cox B., Swinson R., Endler N., Norton G. The symptom structure of panic attacks// *Compr. Psychiatry.* - 1994. - Vol.35.- 349-353.

128. Cowley D., Roy-Byrne P. Benzodiazepine sensitivity in panic disorder: effects of chronic alprazolam treatment // *Neuropsychopharmacology*. - 1995, . - Vol.12. - P. 147-157
129. Creist J. Medication management of obsessive-compulsive disorder // *Today's medication therapeutic trends*. – 1990.- Vol. 7.- P. 13-27.
130. Delkeskamp H. Langstrecken-Katamnesen von Zwangsneurosen // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1965.- Vol.41.- P. 564-581.
131. Deny et Charpentier. Obsessions et psychose maniaque-depressive // *Encephale*.- 1909.- Vol. 12.- P.498-512.
132. DiNardo P., DiNardo P. // *The behavior therapist*. - 1981.-Vol. 14. P. 15-16.
133. Eisen J., Beer D., Pato M., Venditto T., Rasmussen S. Obsessive-compulsive disorder in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder // *Am. J. Psychiatry*.- 1997.- Vol.154.- P.271-273.
134. Ernst K. *Die Prognose der Neurosen* - Berlin, 1959.
135. Ernst K. Neurotische und endogene Rezidualzustände // *Arch. Psychiatr. Nervenkr.* – 1962.- Vol.203.- P.61-84.
136. Ernst K., Ernst C. 70-zwanzig-jährige Katamnesen hospitalisierter neurotischer Patientinnen. Schweiz // *Arch Neurol. Neurochir. Psychiatr.* - 1965. - Vol.95. - P.359-415.
137. Ernst K., Kind H., Rotach-Fuchs M. *Ergebnisse der Verlaufsforschung bei Neurosen*. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York. 1968.
138. Eriksson E. Brain neurotransmission in panic disorder // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1987, Suppl.- Vol.335. - P.31-37.
139. Esquirol E. *Des maladies mentales*. Bruxelles: Meline, cans et comp. 1838; 1: 393.
140. Fenton W., McGLashan S. The prognosis significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia // *Am. J. Psychiatry*. – 1986. - Vol.143. - P. 437-441.
141. Frankl V.E. *Arztliche Seelsorge*. - Wien: F. Deuticke. - 1966. - 276 S.
142. Freud S. *Collected papers*. Vol. 1-5. - London, 1953.

143. Frommhold K. Obsessive-compulsive disorder and schizophrenia. A critical review // Fortschr Neurol Psychiatr. - 2006 . - Vol.74. - P.32-48.
144. Geller DA, Biederman J, Stewart SE, Mullin B, Martin A, Spencer T, Faraone SV. Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder // Am. J. Psychiatry. - 2003 . - Vol.160.- P.1919-28.
145. Glatzel J. Spezielle psychopathologie Stuttgart. 1973
146. Goodwin R., Lyons, McNally Panic attacks in schizophrenia // Schizophrenia Research. 2002. – Vol. 58, Issues 2-3. – P. 213-220.
147. Hallam R.S. Agoraphobia: a critical review of the concept // Br. J. Psychiatry. – 1978. - Oct. - P. 314-319.
148. Hoch P., Polatin Ph. Pseudoneurotic forms of schizophrenia Psychiatr. // Q. 1949. - Vol.23.- P.248-276.
149. Hoch P.,Cattell J.,Strahl M. et al. The course and outcome of pseudoneurotic schizophrenia //Amer. J. Psychiat. - 1963. - Vol.119.- P.106-115.
150. Hoehn-Saric R. A multicenter, double-blind, placebo-controlled study of fluvoxamin in the treatment of panic disorder // Neuropsychopharmacology. - 1994. - Vol. 10. P. 102.
151. Hofmann S. Relationship between panic and schizophrenia // Depress. Anxiety.- 1999. - Vol. 9. - P.101-106.
152. Hollander E. Obsessive-compulsive related disorders. – American Psychiatric Press, Washington, 1993.
153. Hollander E., Simeon D. Concise guide to anxiety disorder. - APP, Washington, London. - 2003, 252 p.
154. Hollander E., Evers M. Review of obsessive-compulsive spectrum disorders: what do we know? // Clinical neuropsychiatry. - 2004, - Vol.1. - P. 32-51.
155. Huppert J., Smith T. Anxiety and schizophrenia: the interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms // CNS Spectr.- 2005. - Vol.10. - P.721-731.

156. Hwang M., Morgan J., Losconzcy M. Clinical and neuropsychological profiles of obsessive-compulsive schizophrenia: a pilot study. // J. Clin. Neurosci. - 2000. Vol.12.- P.91–94.
157. Insel T., Akiskal H. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A phenomenological analysis //Am. J. Psychiatry.-1986.- Vol.143.- P.1527-1533.
158. Ito L.M., Gorenstein C., Gentil V., Miyakawa E. Minnesota Multiphase Personality Inventory correlates of panic disorder with agoraphobia: changes with treatment // Braz. J. Med. Biol. Res. – 1995.- Vol.28.- P. 961-965.
159. Jahrreiss W. Uber Zwangsvorstellungen un Verlauf der Schizophrenie. //Arch. Psychiat. Neurol.- 1926. - Vol. 77.- P.740-788.
160. Janet P. Les obsessions et la psychasthenie. Paris: Alcan. 1903; 782 p.
161. Jaspers K. Allgemeine Psychopatologie (Neunte, unveranderte auflage). – Springer-Verlag, 1973.
162. Jenike M.A. Baer L, Minichiello W.E, et al. Placebo-controlled trial of fluoxetine and phenelzine for obsessive-compulsive disorder //Am. J. Psychiatry. – 1997. - Vol.154. - P.1261-4.
163. Kayahan B., Ozturk O., Veznedaroglu B., Eraslan D. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence and clinical correlates // Clin Neurosci. – 2005. - Vol.59. - P.291-295.
164. Khanna S. Clusters of Obsessive-Compulsive Phenomena in Obsessive-Compulsive Disorder // Br. J. Psychiatry. - 1990. - Vol.156. - P.51-54.
165. Klein D., Rabkin J. Anxiety: New research and changing concepts. New York: Raven Press, 1981; 162-235.
166. Klein D. A model of panic and agoraphobia development. // Acta psychiat. Scand.- 1987. - Vol.76. - P.87-95.
167. Kolle K. Psychiatrie. Ein Lehrbuch fur Studierene und Arzte. Stuttgart. 1967; 6 . P.128-132.
168. Koran L., Saltee F., Pallanti S. Rapid benefit of intravenous pulse loading of clomipramine in obsessive-compulsive disorder // Am J Psychiatry. - 1997, Vol.154. - P.396-401.

169. Koran L. Obsessive-compulsive and related disorders in adults. – Cambridge University Press, Cambridge, 1999.
170. Kraft-Ebing R. Uber Geistesstörung durch Zwangsvorstellung. // Allg Zeitschr f Psych 1879; 35:303-338.
171. Kraepelin E. Zur Diagnose und Prognose der Dementia Praecox. Heidelberger Versammlung, 1899; P.26-27.
172. Kraepelin E. Psychiatrie (8 aufl.). – BD. 1-4, Leipzig, 1909-1915.
173. Kyrious M. 14-th World Congress of Psychosomatic Medicine. Melbourne1997; 312.
174. Legrand du Saulle. La folie du doute (avec delire du toucher). Paris, 1875; 97.
175. Leonhard K. Individualtherapie der Neurosen. - Jena: Fischer. - 1963.- 288 s.
176. Liebowitz M. Gorman G., Fyer A. Social phobia. Review of a neglected anxiety disorder // Arch. Gen. Psychiat. - 1985. - Vol.42. - P.729-736.
177. Lysaker P., Marks K., Picone J., Rollins A., Fastenau P., G.Bond G. Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia: clinical and neurocognitive correlates // J. Nerv. Ment. Dis. - 2000. - Vol.188. - P.78-83.
178. Marks I. Fears and Phobias. New York: Academic Press, 1969.
179. Marks I. The Classification of Phobic Disorders // Br. J. Psychiatry.- 1970; Vol.116.- P.377-386.
180. Mataix-Cols D., Conceição do Rosario-Campos M., Leckman J. A Multidimensional Model of Obsessive-Compulsive Disorder // Am. J. Psychiatry. - 2005.- Vol.162.- P.228-238.
181. Mavissakalian M., Hamann M. DSM-II personality characteristics of panic disorder with agoraphobia patients in stable remission // Comp Psychiatry.- 1992.- Vol.33.- P.305-9.
182. McDougle C.J, Goodman W.K, Leckman J.F, et al. Haloperidol addition in fluvoxamine-refractory treatment of obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study in patient with and without tics //Arch. Gen. Psychiatry.- 1994.- Vol. 51. - P. 302-308.

183. McElroy S., Phillips K., Keck P. Obsessive-compulsive spectrum disorder // J.Clin.Psychiatry. – 1994. - Vol.55. - P.33-53.
184. Montgomery S, Zohar J. Obsessive-Compulsive Disorder. - London: Martin Dunitz, 1999.
185. Montgomery S.A, Kasper S, Stein D.J, et al. Citalopram 20mg, 40mg and 60 mg are all effective and well tolerated compared with placebo in obsessive-compulsive disorder // Int Clin. Psychopharmacol. – 2001.- Vol. 6, N1. - P.75-86.
186. Muller Ch. Der Ubergang von Zwangneurose in Schizophrenia im Lichte der Schweiz // Arch. F. Neurol. U. Psych. – 1953. - Vol. 72, N.1-2. - P.218-225.
187. Muller J., Koen L., Soraya S., Emsley R., Stein D. Anxiety disorders and schizophrenia // Curr. Psychiatry Rep.- 2004. - Vol.6. - P.255-61.
188. Noyes R., Reich J.H., Suelzer M., Christiansen J. Personality traits associated with panic disorder: change associated with treatment // Compr. Psychiatry. – 1991. - N. 32. - P.283-294.
189. O'Dwyer A., Marks I. Obsessive-compulsive disorder and delusions // Br., J. Psychiatry. - 2000 .- Vol. 176. - P.281-284.
190. Ongur D., Goff D. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: associated clinical features, cognitive function and medication status // Schizophr Res. – 2005. - Vol.75, N 2-3. - P.349-62.
191. Pallanti S., Quercioli L., Hollander E.. Social anxiety in outpatients with schizophrenia: a relevant cause of disability // Am. J. Psychiatry. – 2004. - Vol.61. - P.53-58.
192. Pascal C. La demence precoce. Paris, 1911.
193. Penn D., Hope D., Spaulding W., Kucera J. Social anxiety in schizophrenia // Schizophr Res.- 1994. - Vol.11. - P.277-284.
194. Poyurovsky M., Fuchs C., Weizman A. Obsessive-compulsive disorder in patients with first-episode schizophrenia // Am. J. Psychiatry. – 1999.- Vol.156. - P.1998–2000.

195. Poyurovsky M., Hramenkov S., Isakov V., Rauchverger B. Obsessive-compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia // *Psychiatry Res.* - 2001. - Vol.102. - P.49-57.
196. Rasmussen S.A. Tsuang M.T. The epidemiology of obsessive compulsive disorder // *J. Clin Psychiatry.* – 1986. - Vol. 45. - P.450-457.
197. Ravizza L, Barzega G, Bellino S et al. Therapeutic effect and safety of adjunctive risperidone in refractory obsessive-compulsive disorder // *Psychopharmacol. Bull.* - 1996. - Vol. 32. - P. 677-682.
198. Reznik I., Yavin I., Stryje R. Obsessive and Compulsive Symptoms in Schizophrenia Patients—From Neuropsychology to Clinical Typology and Classification *Neuropsychiatry* // *Clin. Neurosci.* – 2005.- Vol.17. - P.254-255.
199. Robots A. Housewives - a Follow up Study of Anxiety and Phobic Anxiety State // *Br. J. Psychiat.* – 1964. - Vol. 110. - P. 191.
200. Rumke H.C. *Über die klinik und Psychopathologie der Zwangsercheinungen.* In: *Eine blühende Psychiatry in Gefahr. Ausgewählte Vorträge und Aufsätze.* Berlin, 1967, 76-101.
201. Schneider K. *Klinische Psychopathologie.* Funfte, neu bearbeitete Auflage, - Stuttgart, 1959.
202. Seglas J. De l'obsessions hallucinatoires et de L'hallucination obsedante // *Annales med. psych.* – 1892. - Vol.30. P.119-130.
203. Simko A. Weitere Beobachtungen zur Psychopatologie neurotisch gepragter Schizophrenien // *Nervenarzt.* – 1968. - Vol. 39. - P.251-255.
204. Sharp D., Power K. Fluvoxamine, placebo, and cognitive behavior therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia // *Journal of Anxiety Disorders.* - 1996. - Vol.10.- P.219-242.
205. Stein D., Bouwer G., Hawkrigde S., Emsley R.A. Risperidone augmentation of serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive and related disorders // *Clin. Psychiatry.* - 1997. - Vol. 58. - P.119-122.

206. Stein MB, Tancer ME, Uhde TW. Major depression in patients with panic disorder: factors associated with course and recurrence // J. Affect Disord. - 1990. - Vol.9.- P.287-96.
207. Sutherland S., Tupler L. A 2-year follow-up of social phobia. Status after a brief medication trial // J. Nerv. Ment. Dis. – 1996. - Vol.184. - p. 731-738.
208. Tamimi R., Mavissakalian M.R., Jones B. et al. Clomipramine Versus Fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder // Ann. Clin. Psychiatry.- 1991. - Vol.3. - P.275-279.
209. Tashev A. Zur Klinik der Zwangszustander // Forstschr. Nevrol. Psychiatr. – 1970.- Bd.38, Feb. – S.89-110.
210. Tolle R. Katamnestische Untersuchungen zur Biographie abnormen Persönlichkeiten. - Berlin: Springer, 1966 - 82 S.
211. Vaangaard T. Diagnosis of schizophrenic borderline states // Acta psychiat. Scand. – 1978. - Vol.58. P.213-230.
212. Voges M., Addington J. The association between social anxiety and social functioning in first episode psychosis // Schizophr Res.- 2005.- Vol.76, N 2-3. - P.87-92.
213. Weissman M.M. The epidemiology of anxiety disorders: rates, risks and familiar patterns // J. Psychiat. Res. - 1988. - Vol.22, suppl. 1. - P.99-114.
214. Westphale C. “Über Zwangsvorstellungen” // Berlin. Klin. Wschr. – 1871. - Vol.46. - P. 669-672.
215. Wheadon D., Bushnell W., Steiner M. A fixed dose comparison of 20, 40 or 60 mg paroxetine to placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder // Presented at the 32 th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacolog. - December, 1995.
216. Woods S., Black D. Fluvoxamin in the treatment of panic disorder in outpatients // Neuropsychopharmacology . - 1994. - Vol.10. - P.103.
217. Wizel A. Les formestrutes de la schizophrénie // Ann. med.-psychol. - 1926. - Vol. 84, N5. – P. 425-451.

218. Ziehen Th. Über Störungen des Vorstellungsablaufes bei Paranois // Arch. f Psychiat. und Nervenkrankheiten. - 1892. - Vol.24.- P. 112-154.
219. Zohar J. Is there room for a new diagnostic subtype: the schizo-obsessive subtype? // CNS Spectrums. – 1997. - Vol.2. - P.49–50.
220. Zohar J., Maj M. , Sartorius N. , Okasha O., eds. Obsessive-Compulsive Disorder. London: John Wiley & Sons, 2000.

Некоторые аспекты патоморфоза невротических обсессивно-фобических расстройств

Резюме

Цель работы – изучить особенности современного патоморфоза невротических обсессивно-фобических расстройств (ОФР). Проанализированы исследования ОФР за последние 45 лет сотрудниками кафедры психиатрии и медицинской психологии Российского государственного медицинского университета (ранее 2-го МОЛГМИ). К основным признакам невроза навязчивых состояний, наблюдаемого в 60-е-80-е годы прошлого века, отнесены следующие: манифестации ОФР предшествуют острые психогении; панические атаки представлены вегетативными расстройствами и кардиофобиями; страхи монотематичны и носят навязчивый характер; динамика фобического синдрома происходит в сторону патохарактерологического развития; преимущественно рецидивирующее течение ОФР; активная борьба со страхами; субдепрессии носят вторичный характер, лечение включает фенотиазиновые нейролептики и седативные транквилизаторы. Признаками современных невротических ОФР являются следующие: их возникновению предшествуют факторы патологически измененной биологической «почвы»; структура панических атак представлена вегетативными симптомами, конверсионными расстройствами, социофобиями и разнообразными ипохондрическими страхами; преобладают транспортные полифобии; страхи носят сверхценный характер; динамика фобического синдрома осуществляется за счет расширения агорафобических страхов; непрерывное течение ОФР; пассивно-оборонительные стратегии совладания со страхами; тревожно-депрессивные состояния сопутствуют ОФР, в терапии используют серотонинергические антидепрессанты и транквилизаторы-анксиолитики. Выделено несколько причин патоморфоза невротических ОФР: 1) связанные с болезнью; 2) связанные с лечением; 3) связанные с пациентом; 4) психосоциальные.

Ключевые слова: патоморфоз, обсессивно-фобические расстройства, невроз навязчивых состояний, причины патоморфоза, антифобические средства

Введение

В публикациях отечественных исследователей последних лет вопросам патоморфоза обсессивно-фобических расстройств (ОФР) уделяется недостаточно внимания. В то же время изменение жизненных стереотипов населения нашей страны, появление новых классов психотропных средств не могли не сказаться на их различных особенностях. В проведенном исследовании была сделана попытка сопоставить условия манифестации, клинико-динамические характеристики и эффективность медикаментозной терапии невротических ОФР в 60-е-70-е годы прошлого века с одной стороны, и в последние 15 лет после введения в практику отечественной психиатрии МКБ-10 с другой. С этой целью были проанализированы работы сотрудников кафедры психиатрии 2-го МОЛГМИ имени Н.И.Пирогова (ныне ГОУ ВПО РГМУ Росздрава) и клинической группы профессора Н.М.Асатиани (клинические базы - психиатрическая больница №8 имени З.П.Соловьева и психиатрическая больница №1 имени Н.А.Алексеева), включающее изучение в общей сложности более 300 больных с невротическими ОФР.

Изучение клиники и динамики невроза навязчивых состояний в 60-е–80-е годы прошлого столетия

Исследования невротических ОФР, проводившиеся в 60-е–70-е годы прошлого, выявили их характерные психопатологические и дифференциально-диагностические особенности [1, 2, 4, 5, 8, 12].

Изучение клинико-динамических характеристик больных неврозом навязчивых состояний показало, что его основным клиническим проявлением являются навязчивые страхи [1,2]. Чаще всего встречались навязчивые страхи физического ущерба, среди которых доминировал страх смерти от болезни сердца. На втором месте среди невротических страхов стоял страх сумасшествия, на третьем - страх совершить самоубийство (убийство). Нередко

страх смерти в своей эволюции сменялся суицидофобией. Было отмечено, что возникновению фобий всегда предшествуют психотравмирующие воздействия различной силы, чаще всего кратковременные, а сам невроз определялся как реактивно-психогенное заболевание у лиц, преморбидно не имевших патохарактерологических нарушений.

Было выделено три этапа развития невротических фобических расстройств [1,2]. На первом этапе страх возникал только при непосредственном столкновении с травмирующей ситуацией. На втором этапе фобии появлялись уже в ожидании столкновения с травмирующей ситуацией. На третьем этапе невротические навязчивости возникали под влиянием лишь представления о возможной встрече с травмирующей ситуацией. Период наибольшей остроты состояния, когда больные были загружены навязчивыми представлениями о патогенной ситуации на протяжении всего дня и только боялись не только выйти, но и встать с постели, был назван «постельным». При других психических заболеваниях, сопровождающихся синдромом навязчивостей (псевдоневротическая шизофрения, психастеническая психопатия) подобной динамики не отмечалось [4].

Были описаны два варианта течения невротических навязчивостей: непрерывное (48%) и рецидивирующее (52%) [1]. Невроз навязчивых состояний характеризовался малым диапазоном психопатологических нарушений и характеризовался сочетанием навязчивостей и неврастенического синдрома. Аффективные нарушения в виде субдепрессивного настроения, носили вторичный, сопутствующий навязчивостям характер [12]. В начальном периоде и при обратном развитии невроза преобладали меры защиты в виде «логического самопереубеждения», «мыслительного ухода от травмирующей ситуации», отвлечение внимания, а при утяжелении заболевания преобладали пассивно-оборонительные реакции по типу «прямой защиты», т.е. избегание ситуации.

При динамическом наблюдении больных неврозом навязчивых состояний контрастные obsessions выявлялись почти у половины больных,

сосуществовали с ипохондрическими страхами, а само их появление свидетельствовало об утяжелении заболевания, что выражалось в усилении компонента навязчивых представлений [12]. Большинство больных откровенно сообщали врачам о своих страхах [4]. Навязчивый страх смерти сменялся страхом наложить на себя руки; к страху высоты присоединился страх выходить на балкон из-за возникающего желания выбраться, спрыгнуть с балкона. При страхе поездок в метро возникал страх броситься под поезд, на улице возникала мысль броситься под проходящий транспорт, в вагоне метро возникал страх вести неправильно, кричать или совершать другие «непредсказуемые» действия. Некоторые больные сами не рассказывали о возникающих контрастных влечениях, их приходилось об этом расспрашивать, так как они стеснялись об этом говорить, называя их «глупыми мыслями и желаниями». Пациенты сообщали о периодически возникающих мыслях и желаниях сделать недозволенное («закричать в транспорте», «написать нецензурные слова в официальном документе», и т.п.).

Было показано, что появление навязчивых сомнений является как бы завершающим этапом усложнения обсессивного синдрома и говорит о давности и тяжести заболевания [2, 5]. Навязчивые сомнения в виде «неверия» органам чувств, при этом сохраняли «парциальность» и ограничивались пределами монотематического фобического синдрома, а с их присоединением обсессивный синдром приобретал непрерывное течение. В ряде случаев фабула сомнений расширялась, возникали сомнения, касающиеся не только обыденных жизненных ситуаций («запер ли дверь», «выключил ли электрические приборы» и т.д.), но и профессиональной деятельности, например, врач не мог выписать рецепт, а если выписывал, то не мог отделаться от мысли, что указал неправильные дозы и тем самым отравил больного, боялся уходить из кабинета, ожидая, что привезут отравленного пациента и т.п. Появление навязчивых сомнений обычно нарушало социальную адаптацию и профессиональную деятельность больных.

Пример. Больной Н., 25 лет, врач. Из анамнеза известно, что родился в семье служащих. Отец был требовательный, сын всегда боялся огорчить отца плохими отметками. Мать тревожная, чрезмерно опекала, вмешивалась в дела сына, давала ему рекомендации, освобождала его от всех домашних дел.

Когда больному было 12 лет, внезапно умер отец. Тяжело переживал его смерть, стал как-то серьезнее, появилось твердое желание стать врачом. Успешно окончил школу, поступил в медицинский институт. Первое время чувствовал себя неуверенно, был малообщительным, терялся при ответах.

После окончания института работал врачом в загородной больнице. Однажды шофер больницы прибежал в отделение и в кабинете врачей рассказал, что был свидетелем, как на станции муж больной, которую лечил Н., попал под поезд и погиб. Он не заметил паровоза, который маневрировал по путям. Н. образно представил эту картину. С тех пор заметил, что ему неприятно выходить из поезда на той станции. Придумывал другие пути, предпочитал идти пешком более 5 км, только бы не переходить железнодорожные пути. Позднее уже при одной мысли, что ему надо ехать в город, возникало чувство страха, усиленное сердцебиение, замирало сердце. Старался избегать перехода путей. Страх вызывал один только вид рельсов. Понимал необоснованность этих опасений, но избавиться от них не мог. Заметил, что появляется боязнь и при переходе трамвайных путей. Придумывал себе такой маршрут, чтобы не переходить улицу с трамвайными рельсами. Скрывал свои страхи от товарищей и родных, принимал транквилизаторы, старался всячески отвлекаться. Однажды, когда стоял на платформе и смотрел на подходящую электричку, внезапно возникла мысль: «Что, если я прыгну под поезд?» Показалось, что «потянуло прыгнуть». Ухватился руками за перила платформы, отвернулся от поезда, долго не мог успокоиться. Сел в середине вагона,

подальше от двери. С тех пор страх сделать «недозволенное» возникал, когда ждал поезда: старался не смотреть, поворачивался спиной, уходил к началу поезда. Понимал необоснованность страха, но справиться с собой не мог. В дальнейшем появились навязчивые сомнения.

Таким образом, выявление контрастных навязчивостей и навязчивых сомнений свидетельствовала о неблагоприятном исходе болезни и тенденции к хроническому течению, то есть к невротическому обсессивно-фобическому развитию личности.

Наряду с этим, прогноз невроза навязчивых состояний с доминированием вегетативных кризов был расценен как достаточно благоприятный, серьезные нарушения социальной адаптации встречались редко [8]. Было показано, что вегетативные кризы играли при этом роль этиологического и патогенетического факторов. Они были представлены вегетативными проявлениями (тахикардия, повышенное потоотделение, приливы жара, покраснение кожных покровов, дизурические явления), эмоциональными и идеаторными расстройствами. Кардиофобии, наблюдающиеся в 90% наблюдений, первоначально достигали степени сверхценных идей, а в дальнейшем носили навязчивый характер. Обсессии характеризовались монотематичностью, их содержанием являлись вопросы собственного здоровья, появлялись навязчивые опасения именно перед повторными кризами. Больные пытались активно бороться со своими страхами, отмечались механизмы отрицания болезни с проявлением «гиперкомпенсации» и «ухода в работу».

Изучение невротических обсессивно-фобических расстройств в последние годы

90-ые годы прошлого века ознаменовались внедрением в практику отечественной психиатрии МКБ-10. ОФР были отнесены к рубрикам «тревожно-фобические расстройства» (F40), «обсессивно-компульсивные расстройства» (F41) и «ипохондрические расстройства» (F45).

В последние годы изучение ОФР сотрудниками кафедры психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО РГМУ Росздрава (бывшего 2-го

МОЛГМИ) происходит как с традиционных клинико-нозологических позиций с учетом динамического принципа, так и с позиций преобладающего в МКБ-10 синдромологического подхода [3, 6, 9, 11, 13].

Проведенные исследования выявили связь невротических фобий со своеобразием характерологического склада, что дало основание относить невроз навязчивых состояний к психогенно-личностным расстройствам [11]. Изучение психопатологии невротических фобий выявило их неоднородность. Было выделено 4 варианта патологических страхов: овладевающие, навязчивые, сверхценные и бредоподобные [11]. У госпитализированных больных преобладали сверхценные фобии. В качестве общей тенденции была прослежена следующая последовательность трансформации фобий: манифестный овладевающий страх сменялся навязчивыми фобиями, а последние – сверхценными фобическими нарушениями.

Изучение агорафобии в рамках невроза навязчивых состояний показало, что ипохондрические фобии являлись ее облигатным проявлением [3]. Началу агорафобии в большинстве наблюдений предшествовало пролонгированное воздействие биологических факторов в виде злоупотребления алкоголем, соматических заболеваний и различных астенизирующих воздействий. Значительно реже манифестации ОФР предшествовали незначительные по силе психогенные воздействия, содержание которых не имело непосредственного отношения к больному («условно патогенные» психогении). Доля же острых психических травм, представляющих «угрозу благополучию» личности, была невысокой (7%). В преморбидном складе больных доминировали истерические и психастенические черты. Среди ипохондрических страхов в структуре панических атак примерно с одинаковой частотой встречались страх смерти от сердечного заболевания, немотивированные страхи без конкретной фабулы и страх потери сознания. Было выделено два варианта агорафобии: первичная, при которой генерализации страхов шла за счет повторения панических атак в новых ситуациях, достигая страха выходить на улицу, и вторичная, когда уклонение от тех или иных ситуаций появлялось «заранее» и отражало оценку

этих ситуаций как «потенциально опасных» в плане тяжелых последствий при возможном возникновении в них очередного вегетативного пароксизма. Наиболее характерным защитным феноменом при первичной агорафобии было уклонение от фобических ситуаций, использование сопровождающего лица и ношение с собою лекарств. При вторичной агорафобии отсутствие критики и борьбы со страхами свидетельствовало о сверхценном характере переживаний и избегании ситуаций. Прогноз агорафобии был расценен как относительно неблагоприятный, особенно при высоких показателях уклонения от патогенных ситуаций, в связи с постепенным углублением социальной дезадаптации больных.

Наиболее типичным проявлением агорафобии был страх пользования транспортом. Стойкие первичные монофобии (метро, наземный транспорт) развивались в результате фиксации психогенного страха после тяжелых транспортных аварий, при этом тенденции к распространению страха на другие виды транспорта не было, сама страхи носили преимущественно навязчивый характер. Полифобии (совокупность 2-3 видов транспорта) и тотальные фобии (страх пользования всеми транспортными средствами) формировались путем генерализации вторичных фобий, которые, в свою очередь, развивались на основе приуроченных к поездкам панических атаках [6].

Изучение длительного течения невротических фобий позволило уточнить варианты их динамики [11, 13]. Пароксизмальное и рецидивирующее течение (17% наблюдений), типичное для более ранних этапов развития фобических расстройств, со временем трансформировалось в варианты с непрерывным течением (53% наблюдений): непрерывно-приступообразным и непрерывно-поступательным. Фобии со стационарной динамикой (25%) во многих случаях являлись исходным состоянием фобических расстройств, при котором имело место стойкая панфобия с полной прикованностью к дому и глубокой социальной дезадаптацией. Также была выделена регрессионная динамика фобических расстройств (5%). К прогностически благоприятным признакам

фобий были отнесены их более поздняя манифестация и отсутствие изменённой биологической и социально-психологической «почвы».

Исследование полиморфных невротических навязчивостей выявило наличие и переход различных ОФР от одного к другому в пределах этой группы, а также высокую коморбидность невротических ОФР на разных этапах их динамики [9]. В структуре манифестных панических атак, помимо вегетативных аффективных и идеаторных симптомов, часто встречались истеро-конверсионные расстройства в виде ощущения «кома» в горле, «ватности» ног, «спазма нервов».

Исходя из особенностей коморбидных соотношений, выделено два варианта течения невротических навязчивостей [9]. При первом варианте на отдаленных этапах динамики, помимо «типичных» фобий, встречались социофобии (36%) и контрастные obsessions (16%). Социофобии регистрировались в структуре повторных панических атак, нередко осложнялись депрессивными идеями малоценности. Контрастные obsessions также возникали в структуре неманифестных панических атак, нередко сопровождались нестойким страхом сумасшествия и специфическими страхами. В ходе обратного развития вначале исчезали контрастные навязчивости, что приводило к редукции других расстройств. Последующие обострения заболевания протекали как с участием социофобий и контрастных obsessions, так и без них, динамика заболевания всецело определялась паническими атаками и агорафобией. Отмечаемое ранее типичное движение фобического синдрома в сторону появления контрастных навязчивостей и сомнений, свидетельствующих о патохарактерологическом развитии, как правило, не наблюдалось.

При втором варианте невротические ОФР исчерпывались агорафобическими страхами. На отдаленных этапах заболевания наблюдалось их расширение за счет повторения панических атак в новых ситуациях, отмечались выраженные тревожно-депрессивные реакции, достигающие степени раптоидных, персистировала истеро-конверсионные расстройства.

Страх смерти нередко приобретал неопределенный характер, а депрессивные состояния и фобические расстройства могли развиваться параллельно друг другу при усилении неблагоприятных ситуаций. Прогноз заболевания здесь был хуже.

Следует отметить достаточно неблагоприятный социальный статус больных с невротическими фобиями [9]: почти половина из них не работали более одного года, а каждый пятый пациент имел инвалидность по психическому заболеванию.

Пример. Больная Г., 42 лет., не работает около полутора лет. Из анамнеза известно, что росла в условиях гиперопеки. Мать отличается властным, вспыльчивым характером, отец добрый, склонный к злоупотреблению спиртными напитками. В возрасте 4 лет после громкой ссоры между родителями развилось заикание. Родители развелись, когда ей было 10 лет. В школьные годы из-за заикания оставалась стеснительной, боялась отвечать у доски. Окончила электромеханический техникум, но по специальности не работала.

В 20 лет вышла замуж, через 3 года с мужем развелась из-за его «отстраненности от проблем семьи». Одна воспитывала ребенка. В возрасте 23 лет, когда услышала о смерти соседки, резко почувствовала слабость, руки «как будто сковало», не могла произнести ни слова. Через несколько минут возникло сердцебиение, чувство нехватки воздуха, потливость, немотивированный страх. В последующие дни находилась в тревожном ожидании приступа. Через две недели после этого почувствовала себя плохо в метро: появились сердцебиения, ощущение скованности в руках, одышка, боль в висках, страх смерти. В дальнейшем старалась добираться до работы на наземном транспорте, затрачивая на дорогу несколько часов. Если спускалась в метро, то клала под язык таблетку феназепамы, ездила только в первом вагоне. Через год перестала пользоваться метро совсем.

В последующие годы панические атаки возникали не чаще одного-двух раз в 6 месяцев. Когда ей было 39 лет, панический приступ развился в

автобусе. С тех пор стала испытывать тревогу в наземном транспорте, перешла на малоквалифицированную работу, расположенную рядом с домом. Обратилась в ПНД, был выписан профлузак. Панические атаки стали возникать реже, но страхи не уменьшились. С 41 года из-за страха, что никто не окажет помощь, перестала выходить на улицу одна, а после того, как приступ развился перед засыпанием, стала испытывать страх перед сном. Уволилась с работы. В возрасте 42 лет развился «острейший» приступ паники, сопровождавшийся судорожным сжиманием пальцев рук и ног, ощущением «кома» в голе, чувством онемения в правой руке.

Некоторые аспекты патогенеза и терапии невротических фобий

Касаясь патофизиологического объяснения динамики невротических навязчивостей, ученые 60-х-70-х годов прошлого века ссылались на экспериментально и клинически установленную взаимосвязь и взаимовлияние патодинамических структур и так называемых диффузных нарушений высшей нервной деятельности при неврозах [7]. Фобии относили к условно-рефлекторным образованиям, характеризующимся патологической стойкостью и генерализацией, что способствовало дальнейшему развитию фобического синдрома уже вне действия патогенных факторов. Считалось, что в основе указанной динамики невроза навязчивых состояний лежит постепенное развитие парадоксальных форм реагирования, выражающихся в появлении фобических реакций под влиянием как отставленных во времени, так и чрезвычайно слабых (следовых) патогенных воздействий, что свидетельствовало об углублении гипнотических фаз в коре головного мозга больных в процессе утяжеления заболевания [1]. С этих позиций, присоединение контрастных навязчивостей связывали с наличием ультрапарадоксальных отношений в высшей нервной деятельности, что говорило о более глубоком уровне поражения нейродинамических процессов по сравнению с ипохондрическими страхами [7,10]. Именно возникновением ультрапарадоксальной фазы объяснили появление контрастного влечения,

когда эмоции и моральные установки были противоположные тем, которыми в действительности больные обладали.

Некоторые параклинические исследования выявили повышение экскреции адреналина и норадреналина в ночное время и преобладание гормонального звена над медиаторным, что давало основание для выбора психотропных средств с учетом их действия на адренергические рецепторы (фенотиазиновые нейролептики) [8].

В терапии невротических навязчивостей в 60-е-80-е годы прошлого века, помимо психотерапевтических методик, важнейшее место отводилось седативным нейролептикам фенотиазинового ряда (хлорпромазин, левомепромазин, перициазин, трифлуоперазин), транквилизаторам с преобладанием седативного эффекта (диазепам, хлордиазепоксид) и амиталкофеиновому растормаживанию. Трициклические антидепрессанты (имипрамин, амитриптилин) использовались в низких дозах (25-75 мг в сутки) и непродолжительное время, применялись лишь при высоком удельном весе сопутствующих навязчивостям аффективных расстройств [5]. Рекомендованный средний курс лечения невроза навязчивых состояний нейролептиками и транквилизаторами составлял около двух лет [1].

В последние годы, благодаря прижизненным нейрохимическим исследованиям, считается установленным вовлеченность в патогенез панического расстройства трех видов рецепторов [14]: 1) снижение количества бензодиазепиновых рецепторов у нелеченных пациентов; 2) снижение числа серотониновых (5-HT₁) рецепторов; 3) снижение в височных долях головного мозга активности ГАМК-ергической системы.

Современное медикаментозное лечение панического расстройства с агорафобией включает использование трех основных групп психотропных средств: селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), бензодиазепиновых транквилизаторов, трициклических антидепрессантов (ТЦА).

Медикаментозная терапия агорафобии включала использование различных ТЦА (без существенных различий в их эффективности) в дозе 100-150 мг в сутки, к которым присоединяли феназепам или алпразолам [3,11]. Терапия была признана успешной у 75 % больных, однако через год после окончания курса лечения ее эффективность снизилась до 54%. У большинства больных, принимавших терапию под врачебным контролем, агорафобическая симптоматика оставалась на уровне, достигнутом в процессе стационарного лечения.

Были выявлены определённые корреляции между длительностью и преимуществом терапии, предшествовавшей госпитализации, и эффективностью проведённого лечения [13]. Среди больных, у которых в анамнезе имело место длительное курсовое лечение антидепрессантами с периодической сменой различных препаратов, достоверно чаще наблюдалось частичное или значительное улучшение состояния. Больные, находившиеся на длительном непрерывном или курсовом лечении одними и теми же антидепрессантами, как правило в низких и средних дозах, имели высокую толерантность к большому количеству психотропных средств, особенно к транквилизаторам. В группе больных, у которых в прошлом имел место кратковременный хаотичный приём различных препаратов, в три раза чаще наблюдались отсутствие эффекта или ухудшение.

Эффективность стационарной терапии СИОЗС, ТЦА и бензодиазепиновыми транквилизаторами (в первые три недели), измеренная с помощью Шкалы фобий в модификации Marks-Sheehan, была признана успешной только в отношении подшкалы «страх» данной шкалы, которая коррелировала с редукцией панических атак и ипохондрических страхов [9]. Что же касается подшкалы «избегание», оценивающей степень фобического избегания, то здесь терапия оказалась малоэффективной. Последнее обстоятельство, по-видимому, было связано с тем, антифобический эффект СИОЗС развивается только через 3-6 месяцев их постоянного приема. Подтверждением этого предположения являлось то, что у больных,

находящихся под длительным врачебным наблюдением, спустя некоторое время отмечалось заметное снижение агорафобических страхов.

Заключение

Основные признаки патоморфоза невротических ОФР, выявленные за почти полувековую историю изучения этих расстройств сотрудниками кафедры психиатрии 2-го МОЛГМИ (ныне ГОУ ВПО РГМУ Росздрава) суммированы в таблице 1. Различий между пациентами двух изученных групп по полу, возрасту и уровню полученного образования выявить не удалось.

Выделено несколько причин патоморфоза невротических ОФР: 1) связанные с болезнью; 2) связанные с лечением; 3) связанные с пациентом; 4) психосоциальные.

К причинам, связанные с болезнью, можно отнести такие признаки патоморфоза ОФР, как утрата психогениями ведущей роли среди условий манифестации фобий; формальный характер критики к ним, и, как следствие, преимущественно сверхценный уровень страхов; все большую распространенность в структуре психических заболеваний депрессивных состояний; меньшая конкретность фабулы ипохондрических страхов. В последние годы ОФР утрачивают психогенно-личностную предопределенность и становятся, наряду с депрессивными состояниями, все более универсальными проявлениями пограничных расстройств. Сами же депрессии все чаще выступают как сопутствующие ОФР состояния и в ходе лечения редуцируются значительно раньше последних. Большая распространенность в современной медицине неспецифичных для той или иной болезни симптомов обуславливает меньшую конкретность ипохондрических страхов, когда больные все чаще испытывают неопределенный страх с переживанием неясной угрозы здоровью и жизни.

Уход от нейрофизиологических и нейрогуморальных концепций к теории нейромедиаторного дисбаланса как основе патогенеза панического расстройства привел к изменению в тактике лечения. Активное использование в 60-е-70-е годы прошлого века седативных нейролептиков, воздействующих

лишь на вегетативные и аффективные компоненты фобического синдрома, могло способствовать его движению в сторону нарастания патохарактерологических расстройств, что клинически выражалось в появлении контрастных навязчивостей и навязчивых сомнений. При введении в схему терапии современных анксиолитических антидепрессантов движение фобического синдрома в сторону патохарактерологического развития фактически не наблюдается, а неблагоприятная динамика проявляется расширением агорафобических страхов, конверсионных и депрессивных расстройств.

К причинам, связанным с пациентом, можно отнести большую распространенность пользование населением различными видами общественного и личного транспорта, и, как следствие, существенное негативное влияние на функционирование больных с транспортными фобиями. Низкий уровень медицинской образованности населения способствует более позднему обращению за специализированной помощью, что выражается в преобладании в последние годы непрерывного, а не рецидивирующего, течения ОФР, большей распространенностью зависимости от приема токсикоманических средств и алкоголя.

Существенное влияние на патоморфоз невротических ОФР оказывают психосоциальные факторы. Смена жизненных стереотипов большей части населения, рост безработицы и связанная с этим низкая самооценка, невозможность из-за высокой распространенности страха езды на транспорте активной деятельности, недостаточность социальной поддержки, безразличное, а часто и негативное отношение родственников способствуют частому появлению в последнее время среди больных с невротическими ОФР конверсионных расстройств и рентных установок. Можно предположить, что жизненные затруднения способствовали появлению конверсионных (истерических) расстройств, а большое распространение в терапии фобий в 90-е годы прошлого века антидепрессантов со стимулирующим действием в средних и высоких дозах (имипрамин, в том числе внутривенно, профлузак)

облегчало их возникновение. Сравнительная редкость среди мер совладания с болезнью активной борьбы со страхами и преобладание пассивно-оборонительных стратегий обуславливает высокую степень уклонения от фобических ситуаций, изменения отношения больных к психиатрической помощи, частые и длительные госпитализации в психиатрические больницы, в том числе и в общепсихиатрические отделения, установку на оформление инвалидности по психическому заболеванию. Несмотря на значительные успехи в области изучения патогенеза и медикаментозной терапии, прогноз ОФР в целом нельзя назвать благоприятным, что может быть связано с негативным влиянием социально-психологических факторов.

Библиография

1. Асатиани Н.М. Особенности клиники и течения невроза навязчивых состояний. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М 1966.
2. Асатиани Н.М., Матвеева Е.С., Жуков В.Ф., Соколова Т.Н. Особенности динамики навязчивых страхов в клинике некоторых пограничных состояний. В кн.: Материалы конференции (20-22 декабря 1971 г.). М: 1971; 147-151.
3. Дмитриева Л.Г. Психопатология, динамика и прогноз агорафобии. Дисс. ... канд. мед. наук. М 1996.
4. Лакосина Н.Д. Прогностическое значение инициальных расстройств при невротических и неврозоподобных состояниях. Невропатол и психиат 1974; 11: 1688-1692.
5. Матвеева Е.С. Сравнительное изучение психопатологии и динамики навязчивых сомнений в клинике навязчивых сомнений в клинике вялотекущей шизофрении и пограничных состояний. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М 1972.
6. Михалевская О.В., Сергеев И.И., Бородина Л.Г. Транспортные фобии (условия возникновения, клиника, прогноз и социальное функционирование больных). Рос. психиат журн 2004; 1: 13-18.

7. Озерецковский Д.С. Навязчивые состояния. М: Медгиз 1950.
8. Панкова О.Ф. Клинические особенности и некоторые возможные механизмы патогенеза невротических расстройств с вегетативными кризами. Дисс. ... канд. мед. наук. М 1988.
9. Павличенко А.В. Множественные тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные состояния при расстройствах шизофренического спектра (феноменология, динамика, коморбидность). Дисс. ... канд. мед. наук. М 2007.
10. Попов Е.А. О некоторых неясных и спорных сторонах в проблеме неврозов. Невропатол и психиат 1954: 5: 380-388.
11. Сергеев И.И., Шмилович А.А., Бородина Л.Г. Спорные аспекты проблемы фобий. В кн.: Материалы научно- практической конф., посвященной 80-летию со дня рождения Г.К. Ушакова. М: 2001; 7-35.
12. Соколова Т.Н. Синдром контрастных навязчивых явлений в клинике невроза навязчивых состояний и некоторых других психических заболеваний. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М 1972.
13. Шмилович А.А. Рецидивирующие и затяжные фобические расстройства. Дисс. ... канд. мед. наук. М 1999.
14. Nutt D., Ballenger J. Anxiety Disorders. Oxford: Blackwell Publishing 2003.

Таблица 1. Основные признаки патоморфоза невротических ОФР

Признак	60-е-70-е гг. 20 века (n=185, объединенные данные)	90-е гг. 20 века - начало 21 в. (n=150, объединенные данные)
преморбид	не важен	психастенический, истерический
условия манифестации	психотравмирующие воздействия, чаще острые, представляющие «угрозу благополучию»	однократные биологические вредности, «условно патогенные» психогении
структура панических атак	вегетативные расстройства, кардиофобии	вегетативные расстройства, ипохондрические страхи, конверсионные расстройства, социофобии
особенности ипохондрических страхов	кардиофобии, страх сумасшествия, суицидофобии	кардиофобии, немотивированные страхи, страх потери сознания
ведущая фабула фобий	ипохондрические страхи	транспортные фобии с ипохондрической фабулой страхов
психопатология фобий	преимущественно навязчивые	преимущественно сверхценные
течение	рецидивирующее (несколько преобладает) и непрерывное	непрерывное (значительно преобладает), рецидивирующее, регрессиентное
динамика	появление контрастных обсессий и навязчивых сомнений	появление конверсионных расстройств, расширение агорафобических страхов

Таблица 1. Некоторые признаки патоморфоза невротических ОФР (продолжение)

признаки благоприятного прогноза	доминирование вегетативных кризов, монотематичность фобий	психогенная провокация, полиморфизм ОФР, активная борьба со страхами
признаки неблагоприятного прогноза	контрастные obsессии, навязчивые сомнения, «постельный период»	конверсионные симптомы, депрессии, расширение агорафобии
защитные действия	«самопереубеждения», «мысленный уход», «уход в работу», уклонение	уклонение, использование сопровождающих лиц, ношение лекарств
контрастные obsессии	частые, полиморфные, нередко скрывааемые	редкие, осложняются страхом сумасшествия
особенности депрессивных состояний	вторичные по отношению к ОФР субдепрессии	сопутствующие ОФР тревожно-депрессивные состояния
ведущие патогенетические механизмы	парадоксальные формы реагирования; ультрапарадоксальная фаза; повышение экскреции норадреналина	нейромедиаторный дисбаланс ГАМК-бензодиазепиновой и серотониновой систем
особенности психофармакотерапии	фенотиазиновые нейролептики, седативные транквилизаторы	ТЦА, СИОЗС, транквилизаторы-анксиолитики

Клинико-динамическая характеристика страха потери контроля и сумасшествия

Кафедра психиатрии и медицинской психологии Российского государственного медицинского университета

Резюме

Целью исследования было изучение клинико-динамических характеристик страха потери контроля и сумасшествия. К дифференциально-диагностическим признакам, отличающим его от ипохондрических фобий, отнесены следующие: манифестация в связи с другими психическими расстройствами, главным образом, в связи с деперсонализацией и контрастными obsessions, преимущественно пароксизмальный характер течения, а также широкий диапазон описания. При расстройствах шизофренического спектра страх сумасшествия носит преимущественно сверхценный характер, встречается в структуре манифестных атипичных панических атак и на инициальном этапе развития шизоаффективного приступа, типична его трансформация в контрастные obsessions и влечения. При неврозе навязчивых состояний страх сумасшествия навязчивый по структуре, возникает на отдаленных этапах динамики в рамках «симптоматически бедных» панических атак, а также как реакция на хульные мысли и страх совершить нелепый поступок. Показана возможность кратковременного психогенного страха потери контроля у пациентов с непсихотическими расстройствами, а также у практически здоровых лиц.

Ключевые слова: *страх потери контроля и сумасшествия, деперсонализация, контрастные obsessions, расстройства шизофренического спектра, невротические состояния*

Введение

В Международных классификациях психических заболеваний и в публикациях зарубежных авторов страх потери контроля и развития сумасшествия встречается в описании различных психических расстройств. Он входит в число основных симптомов развернутой панической атаки (DSM-IV-

TR), его наличие в структуре манифестных панических приступов ассоциируется с последующим возникновением агорафобии [18]. Чувство потери контроля над своими действиями при ненарушенном восприятии окружающего является неотъемлемой чертой деперсонализационного расстройства, а сами пациенты могут бояться, что их необычные переживания «предвещают безумие» (DSM-IV-TR). Больные с социальными фобиями опасаются, что окружающие примут их за «сумасшедших» (DSM-IV-TR). Страхи при обсессивно-компульсивном расстройстве характеризуются «обеспокоенностью причинить вред другим людям» [17]. В то же время, ипохондрическое расстройство включает лишь страх соматического заболевания, а различные патологические телесные сенсации интерпретируются как его нераспознанные проявления (МКБ-10).

Отечественные психиатры, напротив, относят страх сумасшествия к группе ипохондрических фобий и описывают его в рамках расстройств шизофренического спектра и невротических состояний. Еще авторы концепции «ипохондрической шизофрении» отмечали, что ее начальные этапы характеризуются аффектом растерянности, «элементами дереализации», а также «страхом перед наступающим безумием» [7]. Типичным для шизофрении считалось замещение кардиофобии и страха сумасшествия контрастными навязчивостями [6], характеризующимися преимущественно эпизодическим типом течения [14]. Некоторые авторы наблюдали трансформацию страха потери контроля в аффективно-бредовые состояния [16]. На инициальном этапе развития острого чувственного бреда описывали аффект недоумения, растерянности, непонятности явлений окружающей обстановки, тревожного ожидания беды, сопровождающийся сознанием «изменения Я», страхом сойти с ума или витальным страхом за жизнь с элементами критичного отношения к своему состоянию [3,10]. Однако степень осознания болезненности подобных эпизодов в момент их переживания существенно отличается от того, что говорится после выхода из психотического состояния [8]. Широкую известность получил термин

«диспсихофобия» и определяемый этим феноменом синдром «сверхценной диспсихофобии», при котором больные с реально существующими психопатологическими симптомами (нарушения мышления, внимания) преувеличивали их тяжесть и возможные последствия [2]. Доминирование в структуре панических атак в рамках шизофрении разнообразных проявлений деперсонализации могло сопровождаться «осознанием угрозы психической сущности», что рассматривалось как проявление психотического регистра расстройства [11].

В 60-е годы прошлого века страх сумасшествия при невротических состояниях по своей распространенности уступал только страхам физического ущерба [4]. При неврозе навязчивых состояний описывалась трансформация ипохондрических фобий в страх совершить нелепый поступок: страх смерти обычно осложнялся страхом наложить на себя руки, а страх поездок в метро страхом броситься под поезд [4, 12]. При этом следует отметить, что, если ранее подобные контрастные obsessions выявлялись при динамическом наблюдении у половины больных неврозом навязчивых состояний [12], то в настоящее время они наблюдаются менее чем в четверти случаев [9]. В последние годы страх сумасшествия встречается у 20% больных с агорафобией, уступая по распространенности кардиофобиям, немотивированным страхам и страху потери сознания [5]. Он достаточно редко встречается как единственная фобия, чаще его можно встретить в сочетании со страхами соматических заболеваний и социальными фобиями [15], а также в комбинации с обсессивно-компульсивными расстройствами [1].

Таким образом, несмотря на достаточно определенный круг расстройств, в рамках которых описывается страх потери контроля и сумасшествия, остается не до конца изученными его дифференциально-диагностические аспекты, место в современных классификациях, в частности, правомерность его отнесения к ипохондрическим страхам, а также диапазон описываемых этим феноменом симптомов.

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

Материалы исследования

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 (30 женщин, 14 мужчин, средний возраст – 31,5 лет), проходивших стационарное лечение в санаторном отделении Московской городской клинической больницы №1 имени Н.А. Алексеева (главный врач – д.м.н., профессор В.Н.Козырев): у 31 из них регистрировались расстройства шизофренического спектра, еще у 13 – невротические состояния. В большинстве наблюдений (72,7%) манифестация психопатологических расстройств приходилась на молодой возраст (18-35 лет, средний возраст-26,4 года).

Анализ социо-демографических показателей выявил относительно низкий уровень адаптации, особенно у лиц с расстройствами шизофренического спектра. Подавляющая часть больных (77,2%) к моменту обследования стойко утратили трудоспособность, причем 23 из них (52,3%) являлись инвалидами по психическому заболеванию, а 11 человек (24,9%) находились на иждивении родственников. Среди больных с невротическими состояниями несколько преобладали лица, состоящие в браке (8 наблюдений), а среди больных с расстройствами шизофренического спектра чаще встречались лица, никогда в браке не состоявшие или разведенные (24 наблюдения).

Результаты

Страх потери контроля и сумасшествия встречался как в структуре расстройств шизофренического спектра (вялотекущая неврозоподобная шизофрения, шизоаффективное расстройство), так и при невротических состояниях (невроз навязчивых состояний, психогенные фобии).

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», «сжатие темечка»), которые сопровождались 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 из них 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 страх убить себя или окружающих («агрессивные обсессии», [19]) или в навязчивые представления сцен сексуального характера, например, вступить в интимный контакт с родителем противоположного пола или с животными («сексуальные обсессии», [19]). 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 выброститься 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 суицидальные 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 обсессии 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, исчезала. 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, аффект растерянности и страх сумасшествия, от возникшей позже бредовой инсценировки. Страх потери контроля наблюдался в структуре как манифестных, так и повторных шизоаффективных приступов.

Основные клинико-динамические характеристики страха потери контроля и сумасшествия при расстройствах шизофренического спектра представлены в таблице 1.

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 динамики. 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 obsessions при неврозе навязчивых состояний являлись, как правило, результатом трансформации ипохондрических фобий, проявлялись в

виде опасений непреднамеренного совершения нелепых поступков и хульных мыслей. Обсессии 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 появлялась мысль броситься под проходящий транспорт, в вагоне метро отмечался 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 недозволенное». 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). 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 диапазон психических расстройств, наблюдаемых у больных санаторного отделения Московской психиатрической больницы №1 им. Н.А.Алексеева, существенно расширился, в том числе за счет шизоаффективных и острых полиморфных психотических расстройств на этапе формирования ремиссии. В первые после перевода их знакомых дни у больных 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 разницы, 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 транзиторного страха сойти с ума в виде опасений, что «потеряется рассудок», «сознание» встречается у людей, не обнаруживающих признаков психических расстройств, после просмотра определенного рода фильмов и 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 или принимает психотропные препараты. В дальнейшем был характерен отказ от общения с таким человеком, избегание фильмов и книг, которые могут привести к появлению этого страха.

Основные особенности страха потери контроля и сумасшествия при невротических состояниях отражены в таблице 2.

Обсуждение и выводы

В результате исследования выявлен достаточно широкий диапазон описания страха психического заболевания: помимо непосредственно страха сумасшествия и потери контроля, он может проявляться в виде страха потерять сознание, «развития галлюцинаций», опасений, что «поедет крыша», «что-то замкнет в голове», страха наступающего безумия, страха неправильно себя вести в присутствии посторонних, страха «сделать непоправимое», страха оказаться в психиатрической больнице, а, оказавшись там, страха, что переведут в «острое отделение», страха «заболеть шизофренией», а также неопределенного страха.

Несмотря на кратковременность существования страха сумасшествия в рамках различных психопатологических синдромов, диагностическая ценность его выявления представляется весьма значимой. Хотя он чаще обнаруживается при расстройствах шизофренического спектра, говорить о его предпочтительности для тех или иных психических заболеваний нельзя. Также недостаточно правомерно описывать его в рубрике «ипохондрическое расстройство», куда он включается в публикациях ряда отечественных авторов вместе со страхами соматического заболевания, в первую очередь с кардиофобией. В целом, страх потери контроля и сумасшествия отражает более глубокий, чем ипохондрические фобии, регистр психопатологических расстройств (вплоть до психотического в рамках «экзистенциальных кризов», [11]), чаще встречается при расстройствах шизофренического спектра, сочетается с деперсонализацией и контрастными obsessions, носит преимущественно пароксизмальный характер, может скрываться большими или описывается в завуалированном виде, иногда приводит к госпитализации в психиатрическую больницу по каналам «скорой медицинской помощи» (таблица 3).

При расстройствах шизофренического спектра страх потери контроля и сумасшествия может встречаться как при непрерывном, так и приступообразном течении. При непрерывном течении он возникает в структуре атипичных панических атак вместе с деперсонализацией и сенестопатиями, а при приступообразном течении - вместе с контрастными obsessions и влечениями или на инициальном этапе аффективно-бредового состояния. Несмотря на преимущественно сверхценный характер страха у данных больных, он крайне редко является единственным проявлением болезни и существует длительное время, и поэтому нам представляется не вполне обоснованным говорить о синдроме «сверхценной диспсихофобии» по аналогии с другими синдромами сверхценных образований (дисморфофобия, ипохондрия) [2].

При неврозе навязчивых состояний страх сумасшествия встречается на отдаленных этапах динамики в структуре панических атак, но уже без связи с деперсонализацией или сенестопатиями, а также вместе с контрастными мыслями в виде хульных мыслей и страхом совершить нелепый поступок. В поддержании этого страха определенную роль могут играть ятрогенные факторы. В целом диапазон его психопатологических проявлений не так богат, как при расстройствах шизофренического спектра.

Сравнительная общедоступность в наше время психиатрической литературы, а также большая распространенность книг и фильмов фантастического содержания, отдельные фрагменты и сюжетные линии которых напоминают психопатологические симптомы («Ночной дозор», «Гарри Поттер» и др.), привело к более частому, чем ранее, возникновению кратковременных опасений сойти с ума у практически здоровых лиц. Развитие подобных страхов связана в первую очередь с широкой распространенностью в обществе психиатрических мифов об этиологии психических расстройств, в частности о том, что можно «заразиться» психической болезнью воздушно-капельным путем, после «стресса» или от «живого воображения» [13].

Библиография

1. Агамамедова И.Н. Комбинированная терапия панического расстройства и агорафобии (фармакотерапия и когнитивно-поведенческая психотерапия). Автореф. Дисс... канд. мед. наук. М 2008.
2. Ануфриев А.К., Либерман Ю.И., Остроглазов В.Г. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний. М 1990.
3. Ануфриев А.К. О психопатологии начальных проявлений бредаобразования // Незав психиатр журн. – 1992. - №1-2. - с.14-24.
4. Асатиани Н.М. Особенности клиники и течения невроза навязчивых состояний. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М 1966.
5. Дмитриева Л.Г. Психопатология, динамика и прогноз агорафобии. Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1996.

6. Дороженко И.Ю. Клиническая типология навязчивостей контрастного содержания при психических заболеваниях пограничного уровня. Журн. невропатол. и психиатр., 1999.- № 2.- С. 3-8.
7. Консторум С. И., Барзак С. Ю., Окунева Э. Г. Ипохондрическая форма шизофрении. Проблемы пограничной психиатрии. - М.-Л., 1935 - с. 150-202.
8. Остроглазов В.Г. К определению бреда. К вопросу о двойственности его понятия: и «развитие личности», и «процесс»? Незав психиатр журн. – 2006. -№1. - с.27-32.
9. Павличенко А.В. Множественные тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные состояния при расстройствах шизофренического спектра (феноменология, динамика, коморбидность). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М 2007.
10. Пападопулос Г.Ф. Острые эндогенные психозы.- М.: Медгиз 1975.
11. Романов Д.В. Экзистенциальные кризы в дебюте небредовой ипохондрии. Автореф. дисс... канд. мед.наук. М 2008.
12. Соколова Т.Н. Синдром контрастных навязчивых явлений в клинике невроза навязчивых состояний и некоторых других психических заболеваний. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М 1972.
13. Скорик А.И., Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Аксенова И.О., Аристова Т.А., Пенчул Н.А., Бутома Б.Г. Психиатрические мифы. Соц и клин психиатр. – 2010.- №1.- с.64-70.
14. Стась С.Ю. К проблеме типологии навязчивостей контрастного содержания (на модели вялотекущей шизофрении). Психиатрия.- 2006.- №2. – с.14-21.
15. Шмилович А.А. Рецидивирующие и затяжные фобические расстройства. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1987.
16. Шюркуте А.А. Психопатология и клиника шизофрении, протекающей с навязчивостями. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1987.
17. Nutt D., Ballenger J. Anxiety Disorders: Panic Disorder and Social Anxiety Disorder. Oxford: Blackwell Publishing 2003.

18. Nutt D., Ballenger J. Anxiety Disorders: Generalized Anxiety Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder. Oxford: Blackwell Publishing 2005.

19. Rasmussen S.A., Tsuang M.T. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive- compulsive disorder. Am J Psychiatry 1986 143: 317-322

Таблица 1. Клинико-динамическая характеристика страха потери контроля и сумасшествия при расстройствах шизофренического спектра

Признак	Расстройства шизофренического спектра		
	неврозоподобная форма, непрерывное течение	неврозоподобная форма, эпизодическое течение	шизоаффективное расстройство
особенности возникновения	вторичное по отношению к другим расстройствам	аутохтонное	вторичное по отношению к другим расстройствам
описание	страх потерять контроль, потерять сознание, неопределенный страх	«что-то замкнет в голове и сделаю непоправимое», «разовьются галлюцинации»	«боюсь, что хотят свести с ума», «надвигается безумие»
коморбидные симптомы	деперсонализация, дереализация, сенестопатии	контрастные obsessions и влечения (суицидо- и гомицидофобии, кощунственные представления)	дереализация, растерянность, идеи отношения
структура	сверхценный	бредоподобный	сверхценный
течение страха	пароксизмальное, подострое, хроническое	острейшее	пароксизмальное

Таблица 2. Особенности страха потери контроля и сумасшествия при невротических состояниях

Признак	Невротические состояния	
	невроз навязчивых состояний	психогенные фобии
особенности возникновения	вторичное по отношению к другим расстройствам	психогенное, в связи с психиатрическими мифами
описание	страх потери контроля, страх неправильно вести в присутствии посторонних, страх «заболеть шизофренией»	«поедет крыша», «потеряю рассудок», страх, что переведут в «острое» отделение
коморбидные симптомы	контрастные obsessions (хульных мысли, страх совершить нелепый поступок)	-
структура	навязчивый	навязчивый
течение страха	подострое, затяжное	пароксизмальное

Таблица 3. Дифференциально-диагностические признаки ипохондрических фобий и страха потери контроля и сумасшествия

Признак	Ипохондрические фобии	Страх потери контроля и сумасшествия
манифестации	острые психогении, однократные биологические вредности	преимущественно в связи с другими психопатологическими симптомами
коморбидные расстройства	вегетативные, конверсионные, сенестопатии	деперсонализация, дереализация, контрастные obsessions
течение	перемежающе-поступательное	преимущественно пароксизмальное
нозологические особенности	главным образом, невротические расстройства	расстройства шизофренического спектра и невротические синдромы
Меры совладания с болезнью	обращение к врачам общей практики, формирование сверхценной ипохондрии	госпитализация в психиатрическую больницу по каналам «скорой помощи», сокрытие от врачей, чтение психиатрической литературы

ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО С АГОРАФОБИЕЙ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И КОМОРБИДНОСТЬ

Резюме

Целью настоящего исследования явилось выявление клинико-динамических особенностей панического расстройства с агорафобией, предрасполагающих факторов и коморбидных состояний. Изученную выборку составило 59 стационарных пациентов с диагнозами «паническое расстройство с агорафобией» по DSM-IV. К предрасполагающим причинам отнесены психастенические особенности личности и совокупность преципирующих факторов (психологические стрессы, злоупотребление алкоголем и соматические заболевания), встречающиеся незадолго до манифестации ПР. На первом этапе полиморфные панические атаки (ПА) предшествовали появлению агорафобии, в их структуре встречались вегетативные, истерические симптомы, ипохондрические фобии, страх потери контроля, деперсонализация и контрастные obsessions. Коморбидные психические расстройства были представлены генерализованным тревожным расстройством и вторичной депрессией. На втором этапе ПА, в рамках которых доминировали вегетативные симптомы, сопутствовали агорафобии, достигающей выраженной степени и приводившей к социальной дезадаптации больных. В качестве сопутствующих состояний чаще всего выступали генерализованное тревожное расстройство и зависимость от употребления алкоголя. На третьем этапе происходила редукция ПА или значительное уменьшения числа симптомов в их структуре, а также уменьшение агорафобических страхов. Выявлялись разнообразные коморбидные состояния: расстройства личности (зависимое и гистрионное), депрессивные синдромы и obsessивно-компульсивные расстройства. В заключении предпринята попытка применить для оценки изучаемых расстройств дименсиональный подход, в рамках которого выделяется 5 независимых групп симптомов: 1) соматические и вегетативные симптомы, включающие, помимо типичных, также «атипичные», «подпороговые» и культурально

обусловленные симптомы; 2) ипохондрия (страх соматических заболеваний); 3) деперсонализация и страх потери контроля; 4) агорафобическое избегание и тревога ожидания; 5) контрастные обсессии. Обосновывается правомерность и полезность введение новой диагностической категории - «расстройства панико-агорафобического спектра».

Ключевые слова: паническое расстройство, агорафобия, динамика, коморбидность, дименсиональный подход

Введение

Выделение панического расстройства (ПР) из фобического невроза в самостоятельную рубрику произошло в 1980 году [8] и связано, главным образом, с обнаружением специфического антипанического эффекта у имипрамина [28]. Дальнейшие исследования выявили три различных феномена в рамках ПР: спонтанные панические атаки, тревога ожидания и агорафобическое избегание [29].

Главным клиническим признаком панического расстройства является неожиданная паническая атака (ПА), которая возникает в отсутствие каких-либо ситуационных или эмоциональных триггеров, достигает пика своей интенсивности в течение 10 минут, проявляется интенсивными физическими и когнитивными симптомами и осложняется страхом их повторения, беспокойством по поводу своего здоровья и изменениями в поведении [9]. Помимо спонтанных ПА, выделяют ситуационно предрасположенные (situationally predisposed) ПА, которые чаще, но не всегда, случаются в определенных местах, и ситуационно обусловленные (situationally bound) ПА, которые почти всегда немедленно происходят при столкновении с пугающим объектом [9]. Некоторые авторы выделяют также «симптоматические бедные» («подпороговые») ПА [32], при которых наблюдается менее 4 из 13, перечисленных в DSM-IV, симптомов, и «ночные» панические атаки, которые случаются во время 2 фазы сна.

Связь между ПР и агорафобией остается не до конца понятной. Североамериканские психиатры рассматривают агорафобию исключительно

как следствие панических атак и считают, что наблюдаемые в эпидемиологических исследованиях высокие показатели агорафобии без панического расстройства являются диагностической ошибкой [11]. Катамнестические исследования в большинстве случаев подтверждают это положение [12,45]. Так, Horwath с соавт. [26], повторно обследовав через 7-8 лет пациентов с первоначальным диагнозом «агорафобия без панического расстройства» обнаружили, что в дебюте болезни у 86,4% пациентов имели место простые фобии, а в остальных наблюдениях ПР было пропущено. В то же время, некоторые исследователи не столь категоричны в своих суждениях. В частности, Goisman с соавт. [21], изучив 26 пациентов с диагнозом «агорафобия без панического расстройства», установили, что у 73% из них незадолго до манифестации болезни имели место «бедные симптомами» ПА, еще 81% пациентов сообщали о «необычных» состояниях со страхом «потерять над собой контроль», а в 30 % наблюдений наблюдались проблемы общемедицинского характера или различные психотравмирующие события. Считается, что агорафобия чаще развивается в том случае, если инициальные панические приступы случаются в «классических» агорафобических ситуациях, например, на улице или в транспорте при большом скоплении людей [43], среди симптомов ПА присутствует страх потери контроля, чувство озноба или приливов [33], а также же зависимое расстройство личности [38]. Уменьшение частоты или исчезновение ПА не всегда приводит к значительному уменьшению агорафобии [41]. Ряд исследователей полагают, что при оценке эффективности терапии ПР мы должны оценивать не только уменьшение частоты панических приступов, но и их тяжесть [13]. Некоторое время назад была предложена Шкала тяжести ПА (PDSS, [40]), в которой тяжесть ПА и ассоциированных с ней симптомов оценивалась по 7 пунктам: частота ПА, панический дистресс, антиципирующая (предвосхищающая) тревога, агорафобическое избегание, interoцептивный страх (страх телесного неблагополучия), профессиональное снижение и социальная дезадаптация. Примечательно, что здесь агорафобия была включена в ПР, что противоречит

положению этих расстройств в современных классификациях. Последующее исследование подтвердило высокую валидность Шкалы PDSS [42].

Большую известность получила концепция «панико-агорафобического спектра» [15,16], которая базируется на трехкомпонентной модели спектра [20]. Первый компонент представлен основными симптомами, перечень которых отражен в существующих классификациях психических расстройств. Вторым компонентом составляют сопутствующие состояния, включающие атипичные, не выделяемые в классификациях симптомы, а также коморбидные психические расстройства. Наконец, последним компонентом являются характерологические особенности пациента и расстройства личности. В рамках «панико-агорафобического спектра» было выделено 8 групп симптомов или доменов, имеющих разное клиническое значение: 1) тревога разделения (сепарации), которая в зрелом возрасте может проявляться в частности в страхе засыпать одному или сменить место работы; 2) симптомы паники, включающие как «классические», так и атипичные симптомы ПА; 3) снижение порога чувствительности к стрессу; 4) повышенная чувствительность к побочным эффектам препаратов и определенных веществ, например, к кофеину; 5) тревога ожидания ПА; 6) агорафобия; 7) другие фобии, например, ипохондрические фобии, вторичные социофобии, фобии естественных ситуаций (ветра, молнии и т.д.); 8) постоянное стремление к безопасности и помощи (reassurance sensitivity), что приводит данных пациентов, с одной стороны, к зависимости от родных, соседей, врачей, а, с другой стороны, проявляется в драматизации своего состояния с целью добиться своего. Знание этих признаков будет способствовать более точной диагностики различных аспектов ПР с агорафобией и выбору правильной тактики лечения.

Большое количество работ посвящено изучению коморбидности ПР и депрессивных состояний, частота встречаемости которых оценивается в 30%-60% [17,23,37]. Имеются данные о более высоком проценте лиц, злоупотребляющих алкоголем [46], среди пациентов с ПР и сопутствующей депрессией, чем у лиц, имеющих их по отдельности. Тяжесть и число

симптомов в структуре ПА, сопровождающихся депрессией, значительно больше [14], а исход болезни в целом и ответ на терапию значительно хуже [23], чем при ПА без депрессии. Среди личностных расстройств, коморбидных ПР, наиболее часто встречаются зависимое, избегающее и гистрионное расстройства личности, процент которых достигает 30-49% [19,36, 44], причем он значительно выше, если ПР сочетается с агорафобией [22]. Наиболее сложно разграничить ПР и зависимое расстройством личности, для которого также характерно поведение избегание. В качестве дифференциально-диагностических признаков последнего указывают его более раннее начало, отсутствие предрасполагающих факторов и стабильность проявлений [9].

Паническое расстройство сопровождается значительным снижением социального функционирования [47]. В частности, до 60% пациентов с ПР, в том числе пациенты с «симптоматически бедными» ПА, не работают [34] и чаще, чем пациенты с другими психическими заболеваниями получают пособие в связи с утратой трудоспособности [31]. Учитывая тот факт, что они нередко длительно и безуспешно лечатся у врачей разных специальностей и им проводятся различные лабораторные и инструментальные обследования, стоимость ПР для общества значительно возрастает [39].

Предстоящие обновления двух основных классификаций психических заболеваний обязательно коснутся и существующей систематики тревожно-фобических расстройств. В частности, авторы представленного в конце 2010 первого варианта DSM-5 предлагают внести в раздел «тревожные расстройства» ряд изменений: объединить родственные психические расстройства в спектр; при описании диагностических критериев не просто перечислять симптомы, а объединять их в отдельные симптомокомплексы или дименсии; исключить из критериев пункт «значимое снижение социального функционирования», а также более четко прописать связь между личностными и другими психическими расстройствами [10,18]. Указанные предложения нашли отражение в выделении в рамках тревожных состояний «расстройств обсессивно-компульсивного спектра», а также «спектра

психических расстройств, связанных с психической травмой». Отграничение «панико-агорафобического спектра» не предусмотрено, рекомендуется выделить единую рубрику «паническое расстройство», вместо представленных в DSM-IV двух рубрик «паническое расстройство с агорафобией» и «паническое расстройство без агорафобии», включить в критерии ПА «культурально-обусловленные симптомы», а также вместо рубрики «агорафобия без предшествующего панического спектра» включить рубрику «агорафобия».

Таким образом, из представленного обзора литературы видно, что внимание большинства зарубежных исследователей сосредоточено, в первую очередь, на изучение различных аспектов ПР и агорафобии в статике и с позиций коморбидности, что отчасти связано с преобладающим в МКБ-10 и DSM-IV категориальном подходе, где устанавливаются четкие границы между отдельными диагностическими единицами, имеющими, в свою очередь, определенный перечень симптомов, а синдромокинезу и динамики тревожно-фобических расстройств, изучению которых много место отводилось в работах отечественных авторов [1,2,7], внимание практически не уделяется. Целью настоящего исследования явилось выявление клинических особенностей ПР и агорафобии и предрасполагающих к ним факторов. Кроме того, мы попытаемся изучить структуру их взаимоотношений с другими психопатологическими синдромами и личностными расстройствами на разных этапах динамики.

Методы

Изученную выборку составило 59 пациентов с диагнозами «паническое расстройство без агорафобии», «паническое расстройство с агорафобией» «агорафобия без панического расстройства» по DSM-IV, проходивших стационарное лечение в санаторном отделении Московской городской клинической больницы №1 имени Н.А. Алексеева (главный врач – д.м.н., профессор С.В.Поляков). Все больные находились под нашим наблюдением на протяжении всего срока госпитализации. Катамнестическое обследование

проводилось при их повторных поступлениях в стационар, а также при амбулаторных посещениях. В ряде наблюдений привлекались данные медицинской документации.

Диагноз сопутствующих агорафобии психопатологических расстройств и личностных расстройств также устанавливался на основании критериев DSM-IV. Преморбидные особенности личности оценивались в соответствии с описанием акцентуированных личностей А.Е. Личко [4]. Для оценки степень выраженности агорафобии использовалась Шкала фобий в модификации Marks-Sheehan [35], для депрессивных симптомов - Шкала депрессии Гамильтона [24]. В исследования включались больные, чей возраст на момент начала наблюдений составлял от 18 до 55 лет и у которых отсутствовали или находились в стадии компенсации соматические заболевания.

Результаты

Средний возраст изученных больных (Таблица 1), две трети из которых составляли женщины, ко времени манифестации ПР был 26,5 лет. Обращает на себя внимание высокий процент неработающих лиц (71,2%) и инвалидов по психическому заболеванию (20,3%), что, по-видимому, связано с включением в исследование лишь самого тяжелого, стационарного, контингента больных. Также следует упомянуть факт высокой семейной отягощенности по алкоголизму и расстройствам аффективного спектра. В преморбидном периоде у них значительно преобладали психастенические черты (44,1%), однако лишь в нескольких наблюдениях они приводили к нарушению адаптации в различных сферах жизни. У 21 больного (35,6%) до манифестации ПР наблюдались одно и более психическое расстройство. Наиболее часто (22,0%) в детском и подростковом возрасте встречались специфические фобии (темноты, животных), которые характеризовались преимущественно психогенным характером возникновения, простотой фабулы и сравнительной непродолжительностью. У 8 больных (13,6%) в подростковом возрасте появлялась несвойственная им ранее нерешительность и неуверенность в своих действиях и поступках, трудности общения с чувством скованности и

напряжения на людях, отказы посещать школу, обостренная рефлексия. Часто выявлялись сенситивные идеи отношения и страх конкретных ситуаций (отвечать устный урок у доски, завести личное знакомство), что позволяла предположить социальное тревожное расстройство. Аффективные расстройства (10,2% наблюдений) носили как монополярный, так и биполярный характер. В структуре депрессивных фаз доминировал аффект тоски с идеями самообвинения, суицидальными тенденциями, а также аффект тревоги, носящей беспредметный характер. Маниакальные эпизоды следовали непосредственно за депрессивными фазами и длились не более двух-трех недель. Деперсонализационные расстройства (8,5% наблюдений) развивались аутохтонно, длились не больше нескольких минут и проявлялись в виде симптомов острой соматопсихической и аутопсихической деперсонализации, которые были крайне тягостны для пациентов, осложнялись страхом неправильно себя вести.

Стереотип развития ПР и агорафобии подробно изучен в работах отечественных и зарубежных авторов [1,7, 30]: в начале болезни доминируют панические приступы с острыми ипохондрическими страхами, которые спустя некоторое время осложняются стойким избегающим поведением, связанном со страхом повторения панического приступа. На последнем этапе происходит редукции панических приступов, круг фобического избегания сужается. В наших наблюдениях синдромокинез ПР и агорафобии существенно не отличался от описанного, поэтому мы остановимся преимущественно на вопросах симптоматиологии ПА и коморбидных психических заболеваний на разных этапах течения ПР.

Около трети пациентов сообщили (Таблица 2), что незадолго до дебюта заболевания болезни (от нескольких дней до 2-4 месяцев) в их жизни случались неблагоприятные события. Это могли быть психологические стрессы (15,3% наблюдений): потеря близких родственников, тяжелые болезни родных, внезапный разрыв отношений с партнером, длительное пребывание в ограниченном по объему помещении (вагон метро, лифт) с невозможностью из

него выбраться, финансовый крах или кража личного имущества. Нередко появлению ПА предшествовали алкогольные эксцессы, сопровождающиеся затяжным постинтоксикационным состоянием (11,9% наблюдений), а также перенесенные простудные заболевания или обострения хронических соматических болезней (6,8%). В большинстве наблюдений пациенты могли точно назвать месяц и день манифестной ПА. Сами панические приступы чаще развивались во время поездок в метро или наземном транспорте (ситуационно предрасположенные ПА), нередко они возникали каждый раз, когда они оказывались в определенном месте, например в вестибюле станции метро или лифте (ситуационно обусловленные ПА). Иногда установить связь ПА с определенным местом или ситуацией не удавалось (спонтанные ПА).

Психопатология манифестных ПА была крайне полиморфна. Помимо «классических» вегетативных симптомов, здесь встречались «атипичные» феномены, представленные, преимущественно, конверсионными расстройствами и сенестопатиями: ощущение «кома» в горле, «ватность» в ногах, «спазм нервов», «онемения» в различных частях тела, внезапная «ощепенелость» и т.д. На высоте приступа паники развивался страх смерти от остановки сердца или невозможности дышать, а также страхи неопределенного характера. Нередко пациенты говорили о чувстве нарушения восприятия окружающих предметов («все вокруг было как застывшая картинка», «я не понимал, где нахожусь») и собственного тела («невесомость», «тяжесть»), которые сопровождалась страхом потери контроля над своим поведением и часто трактовались как признаки надвигающегося безумия. У нескольких больных ПА возникали спонтанно с аффекта недоумения и страха неправильно себя вести, который нередко описывался в завуалированной форме («разовьются галлюцинации», «поедет крыша», «случится непоправимое») и быстро осложнялся контрастными навязчивостями. Вегетативные расстройства нередко были представлены единичными симптомами, возникали как реакция на необычное состояние. Продолжительность инициальных ПА составляло в среднем 10-15 минут, хотя наличие «атипичных» симптомов и

деперсонализации могло их значительно удлинить. Иногда было сложно оценить длительность панического приступа, т.к. в сознании пациентов ПА и последующая за ней тревога и ожидание помощи воспринимались как одно событие.

В первые месяцы болезни (1-я фаза заболевания) пациенты расценивали вегетативные симптомы в структуре ПА как проявления соматических заболеваний и обращались за помощью к врачам общей практики (Таблица 3). Отрицательные данные лабораторных исследований и консультации специалистов не всегда снижали эти опасения и страхи, что в соответствие с критериями DSM-IV позволяло диагностировать ипохондрию. Тревожно-депрессивные состояния выступали в качестве реакций пациентов на ПА, иногда принимали форму тревожной ажитации с бессмысленным метанием, однообразными просьбами о помощи или «тревожного оцепенения», вплоть до субступора, когда больные в течение длительного времени оставались в постели, т.к. любые движения и разговоры приводили к повторным ПА. Панические приступы с преобладанием контрастных obsessions проявлялись суицидо-, и гомицидофобией, сексуальными и «агрессивными» obsessions, в тесной связи с которыми развивались простые фобии в виде страха вскрыть себе вены, нанести вред маленьким детям и малознакомым людям. Пациенты боялись пользоваться ножами и оставаться дома в одиночестве.

В большинстве наблюдений (62,7%) через несколько месяцев наблюдалось уменьшение числа ПА, что приводило к улучшению настроения, а страх повторных приступов замещался симптоматикой генерализованного тревожного расстройства. Находясь в метро или в транспорте, больные пытались уменьшить уровень тревогу путем прослушивания музыки, чтения журналов, приема дополнительных лекарственных средств или алкогольных напитков (копинг-стратегии). У нескольких больных в структуре повторных ПА возникал страх неправильно себя вести в присутствии посторонних и опасения, что окружающие их примут за «алкоголиков» или «наркоманов». Эти опасения сохранялись и вне ПА и приводили к избеганию посещения

людных мест, что позволяло диагностировать социальное тревожное расстройство. По минованию острого периода болезни больные выходили на работу, возобновляли знакомства, активно участвовали в жизни семьи. Если течение болезни приобретало волнообразный характер, то последующие обострения также чаще случались после дополнительных экзогенных вредностей и/или психических травм, ПА отличались меньшим полиморфизмом симптоматики, а в ходе лечения удавалось добиться исчезновения или значительного уменьшения агорафобии.

В тех случаях (37,3% наблюдений), когда выраженного снижения частоты ПА не происходило и наблюдалось прогрессирование агорафобии, можно было говорить о второй фазе в развитии болезни. Страх поездок в транспорте осложнялся страхом езды в собственном автомобиле из-за регулярных остановках в «пробках» и страхом выходить из дома из-за опасений оказаться без помощи. ПА в этом периоде сосуществовали вместе с агорафобией, возникали спонтанно в разных местах и отличались сравнительной простотой. Регулярный прием алкоголя в увеличивающихся дозах и неконтрольный прием бензодиазепиновых транквилизаторов приводил к появлению алкогольной болезни и токсикомании с развитием абстинентного синдрома. Борьбы со страхами не отмечалось, преобладали пассивные копинг-стратегии: зависимость от родственников и избегание все большего числа ситуаций.

Третья фаза болезни характеризовалась редукцией панических атак. Кратковременное усиление тревоги проявлялась преимущественно в виде тахикардии, чувстве нехватки воздуха и «кома в горле», которые межприступной тревогой и поведенческими расстройствами не сопровождалась. Таким образом, в соответствии с критериями DSM-IV мы не могли поставить диагноз «паническое расстройство», можно было говорить лишь о «бедных симптомами» ПА. Также происходило уменьшение агорафобических страхов. Длительное время сохранялся лишь страх поездок в метро. Аффективные расстройства нередко обнаруживали независимый стереотип развития, возникали аутохтонно, были типичны колебания

настроения с ухудшением в утренние часы, а в структуре самих депрессий доминировали аффекты тоски и апатии. Продолжительность аффективных фаз не превышала нескольких месяцев. Несмотря на уменьшение агорафобии, некоторые пациенты (16,9%) продолжали чувствовать себя некомфортно, когда оставались дома одни, испытывали трудности и сомнения в повседневной жизни при принятии решений, из-за страха неудачи отказывались от выгодных предложений. Указанный поведенческий паттерн сохранялся длительное время и позволял предположить «зависимое расстройство личности». У нескольких больных (10,2%) преобладали другие личностные особенности: постоянный поиск помощи, драматизация своего состояния из-за страха быть покинутым, желания получить выгоду от своего заболевания и нацеленность на получение группы инвалидности из-за недостаточности социальной поддержки и невозможности активной деятельности из-за страха пользоваться транспортом. Эти особенности способствовали отнесению их родными и окружающими к категории «истериков» и «психопатов», а врачи оценивали их как лиц с гистрионным личностным расстройством.

Приведенный выше стереотип развития ПР с агорафобией носит, во многом, схематический характер, длительность отдельных фаз также весьма условна. В частности, мы наблюдали больных, у которых стойкая агорафобия развивалась спустя несколько недель после манифестных ПА, а патохарактерологические личностные расстройства выявлялись уже в первые 2-3 года болезни. Длительное катамнестическое исследование позволило выявить разную предсказательную ценность у отдельных симптомов на манифестном этапе болезни. К факторам, связанным с благоприятным прогнозом могут быть отнесены следующие: инициальным ПА предшествуют психические стрессы, а в их структуре преобладают вегетативные проявления, ПР дебютирует в более позднем возрасте, генерализованное тревожное расстройство выступает как единственное коморбидное состояние. Дальнейшее неблагоприятное развитие болезни чаще всего наблюдалось в случае спонтанного развития первых ПА и когда в их структуре наблюдалась

деперсонализация, страх потери контроля и конверсионные симптомы, а агорафобия достигала выраженной степени уже в первые месяцы болезни.

Заключение и дискуссия

Проведенное лонгитудинальное исследование 59 стационарных больных позволило уточнить некоторые клиничко-динамические особенности ПР и агорафобии на современном этапе. Так, доминирующие в дебюте заболевания полиморфные ПА, случающиеся, прежде всего, в определенных местах (метро, наземный транспорт), со временем сменяются спонтанными ПА, в структуре которых встречаются в основном вегетативные симптомы. Спонтанными приступы, в свою очередь, в результате лечения или самопроизвольно редуцируются или уступают место «подпороговым» или «симптоматически бедным» ПА, симптоматика которых исчерпывается 1-3 вегетативными или истерическими симптомами.

Категориальный подход, реализованный в DSM-IV и МКБ-10, по-видимому, не в состоянии описать не только динамические характеристики панических приступов, но и всего многообразия симптоматологии ПР. Предложенный для оценки тревожных расстройств дименсиональный подход [18,25], может быть применим и для ПР. По-нашему мнению, в его структуре может быть выделено 5 групп симптомов или дименсий: 1) соматические и вегетативные симптомы; 2) ипохондрия (страх соматических заболеваний); 3) деперсонализация и страх потери контроля; 4) тревога ожидание и агорафобическое избегание; 5) контрастные obsessions.

Дименсия «соматические и вегетативные симптомы» должна включать не только «типичные» симптомы, перечисленные в критериях ПА в DSM-IV, но и «атипичные» проявления, к которым, по-видимому, следует отнести и культурально обусловленные феномены. В частности, в Японии они включают звон в ушах, головную боль, выраженные головокружения и раздражительность [27]. В России к ним можно отнести разнообразные истеро-конверсионные симптомы, которые в последние годы широко встречаются в структуре

панических приступов [3]: «ком» в горле, онемение в руках, тремор, «ватность» в ногах.

Дименсия «ипохондрия» может включать в себя не только страх смерти, но и другие страхи, связанные с угрозой соматическому благополучию личности: задохнуться из-за невозможности вдоха, умереть от сердечного приступа, потерять сознание, а также немотивированный страх.

Страх потери контроля следует рассматривать отдельно от ипохондрических страхов в связи с его клинико-динамическим своеобразием [6]. Как отмечено выше, его присутствие в клинической картине ассоциируется с неблагоприятным прогнозом. Частое сосуществование данного страха и деперсонализации в структуре ПА, по-видимому, не является случайным, и может представлять специфический синдром.

Агорафобическое избегание в структуре ПР следует рассматривать как попытку совладания с дистрессом, вызванным приступами паники и тревогой их ожидания. Ограничение в посещении определенных мест приводит к снижению частоты и глубины панических приступов. Согласно DSM-IV [9], агорафобия может быть диагностирована только в случае «избегания типичных ситуаций», и, соответственно, если человек может преодолевать свой страх лишь в сопровождении другого лица и/или с помощью анксиолитика или приема спиртного, что со временем может привести к формированию зависимости, то тревожное расстройство не определяется. Тщательное изучение патологических копинг-механизмов и сопутствующих аддиктивных расстройств поможет распознать «латентную» агорафобию, которая лежит в их основе.

Выделение дименсии «контрастные obsessions», по-видимому, является наиболее спорным вопросом, что связано с трудностями квалификации клинического материала и отсутствием в изученной нами литературе сведений о наличии обсессивно-компульсивных симптомов во время ПА. Небольшое количество наблюдений (5 случаев) не позволяет более полно описать их клинические особенности, но острота их развития, наличие в структуре

вегетативных симптомов, страха сумасшествия и последующего агорафобического избегания позволяет предположить именно ПР (Рисунок 1).

В соответствии с трехкомпонентной моделью спектра [20], в рамках «панико-агорафобического спектра» можно выделить три группы расстройств. Первый компонент составляют «основные» феномены, включающие перечисленные в DSM-IV [9] и «атипичные» проявления ПР и агорафобии, а также «подпороговые» симптомы («невротические реакции», [3]), включающие «симптоматически бедные» ПА и «латентную» агорафобию. Второй компонент включает наиболее часто встречающиеся коморбидные психопатологические состояния, к которым относятся ипохондрическое расстройство (фобии болезней), генерализованное тревожное расстройство, депрессивные синдромы и алкогольную зависимость. Чем выше их удельный вес в клинической картине, тем прогноз и уровень социального функционирования хуже. Третий компонент представлен личностными чертами. С одной стороны, преморбидные психастенические черты являются важным компонентом «диатеза» или предрасположенности к развитию ПР. С другой стороны, зависимое и гистрионное расстройства личности, встречающиеся на отдаленных этапах динамики агорафобии, являются своеобразной приспособительной реакцией в ответ на изменившиеся в результате болезни условия жизни пациента («невротическое развитие личности», [3]).

Таким образом, дименсиональный подход значительно лучше, чем категориальный, позволяет описать клинические проявления панического расстройства и агорафобии, в частности, сложные взаимоотношения между их «основными», «атипичными» феноменами и другими психопатологическими синдромами, а также более точно охарактеризовать отдельные симптомы с учетом их прогностической ценности. Кроме того, этот подход дает возможность подобрать более эффективную лечебную тактику, т.к. фармакологическое действие препаратов направлено не на расстройство в целом, а на отдельные компоненты (дименсии) психопатологических

нарушений [5]. Выделение в рамках тревожных состояний группы «расстройств агорафобического спектра» позволит учесть при постановке диагноза динамические аспекты заболевания, например, предрасполагающие к его развитию «предболезненные» психические расстройства и особенности характера, синдромокинез, а также связь с расстройствами личности.

Высокая частота встречаемости отдельных симптомов ПР и агорафобии в структуре тревожных (ГТР, социальное тревожное расстройство) и депрессивных синдромов и расстройств личности (избегающее, зависимое) приводит к размыванию границ между отдельными рубриками и субъективизму при постановке диагноза. Эта проблема может быть решена введением в классификацию «сквозных» измерений в рамках тревожного кластера расстройств, точная оценка которых позволит определить клинический вариант того или иного расстройства. К таким симптомам предлагают относить страх заболеваний (ипохондрия), страх ожидания симптома (тревожная сенситивность), страх негативной оценки и избегающее поведение [25]).

В заключение следует отметить, что разногласия между отечественными и современными западными подходами к оценке ПР и агорафобии часто не носят принципиального характера, а некоторые из них, в частности, концепции «фобического невроза» [1,3] и «расстройств «панико-агорафобического спектра» [15,16] при внимательном рассмотрении имеют много общего.

Библиография

1. Асатиани Н.М. Особенности клиники и течения невроза навязчивых состояний. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М 1966.
2. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: Клиника и лечение. М.: «Медицина», 1994. 192 с.
3. Лакосина Н.Д., Павличенко А.В. Некоторые аспекты патоморфоза невротических обсессивно-фобических расстройств // Независимый психиатрический журнал, 2010; 3: 15-21.

4. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков, Л.: Медицина, 1983. 255 с.
5. Мосолов С.Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейропатологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов // Невропат и психиат, 2010, 6: 3-10
6. Павличенко А.В. Клинико-динамическая характеристика страха потери контроля и сумасшествия // Психиатрия и психофармакотерапия, 2010, 3: 38-41
7. Сергеев И.И., Дмитриева Л.Г., Кессельман Л.Г. Психопатология транспортных фобий. В кн.: Актуальные вопросы психиатрической практики, Полтава, 1993, вып. 7: 120-121.
8. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994. 900 p.
10. Anxiety Disorders. Theory, Research and Clinical Perspectives (H.Simpson, Y.Neria, eds). Cambridge University Press, 2010. 378 p.
11. Anxiety Disorders: Panic Disorder and Social Anxiety Disorder (D.Nutt, J.Ballenger, eds). Blackwell Publishing, Oxford, 2003. 280 p.
12. Aronson TA, Logue CM. On the longitudinal course of panic disorder: development history and predictors of phobic complications // Comprehensive Psychiatry, 1987, 5: 344-355.
13. Bandelow, B., Hajak, G., Holzrichter, S., Kunert, H. J., Ruther, E. Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia I. Methodological problems // International Clinical Psychopharmacology, 1995, 10: 83-93.

14. Brown C, Schulberg HC, Madonia MJ, Shear MK Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders // *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153: 1293-1300.
15. Cassano G., Michelini S., Shear M., Coli E., Maser J., Frank E. The panic-agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms // *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154: 27-38.
16. Cassano G., Rotondo A., Maser J. The panic-agoraphobic spectrum: rationale, assessment, and clinical usefulness // *CNS spectrums*, 1998, 4: 35-48.
17. Chen YW, Dilsaver SC Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey // *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152: 280-282.
18. DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis, 2010. <http://www.dsm5.org>
19. Dyck, I. R., Phillips, K. A., Warshaw, M. G. Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia // *Journal of Personality Disorders*, 2001, 15: 60-71.
20. Frank E., Cassano G., Shear M. The spectrum model: A more coherent approach to the complexity of psychiatric Symptomatology // *CNS spectrums*, 1998, 4: 23-34.
21. Goisman RM, Warshaw MG, Steketee GS, Fierman EJ DSM-IV and the disappearance of agoraphobia without a history of panic disorder: new data on a controversial diagnosis // *American Journal of Psychiatry*, 1995, 152: 1438-1443.
22. Grant, B. E, Hasin, D. S., Stinson, F. S. Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // *Journal of Psychiatric Research*, 2005, 39: 1-9.
23. Grunhaus L, Pande AC, Brown MB, Greden JF. Clinical characteristics of patients with concurrent major depressive disorder and panic disorder // *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151: 541-546.

24. Hamilton, M A rating scale for depression // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 1960, 23: 56-62
25. Helzer, J., Wittchen, H. Dimensional options for DSM-5: the way forward. In: *Dimensional Approaches in Diagnostic Classification*. Arlington, VA: American Psychiatric Press, 2008
26. Horwath E, Lish JD, Johnson J, Hornig CD, Weissman MM Agoraphobia without panic: clinical reappraisal of an epidemiologic finding // *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150: 1496-1501.
27. Kawakami, N., Takeshima, T. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2005, 59: 441-452.
28. Klein, D. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes // *Psychopharmacology*, 1964, 5: 346-354.
29. Klein D. Anxiety reconceptualized. In: *Anxiety New Research and changing concepts* (D.Klein, J. Rabkin (eds), pp.235-263). Raven Press, New York, 1981.
30. Klein D. A model of panic and agoraphobia development // *Acta psychiat. Scand.*, 1987, 76: 87-95.
31. Klerman GL, Weissman MM, Ouellette R Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization // *JAMA*, 1991, 265: 742-746.
32. Krystal JH, Woods SW, Hill CL, Charney DS. Characteristics of panic attack subtypes: assessment of spontaneous panic, situational panic, sleep panic, and limited symptom attacks // *Comprehensive Psychiatry*, 1991, 32: 474-480.
33. Langs G, Quehenberger F, Fabisch K The development of agoraphobia in panic disorder: a predictable process? // *Journal of Affective Disorders*, 2000, 58: 43-50.
34. Leon, A., Porter A. The social costs of anxiety disorders // *British Journal of Psychiatry*, 1995, 166: 19-22

35. Marks IM, Matthews HM Brief standard self-rating for phobic patients // *Behav Res Ther*, 1979, 17: 263–267
36. Milrod, B., Leon, A. C, Barber, J. P., Markowitz, J. C, & Graf, E. Do comorbid personality disorders moderate psychotherapy response in panic disorder? A preliminary empirical evaluation of the APA Practice Guideline // *Journal of Clinical Psychiatry*, 2007, 68: 885-891.
37. Pini S, Cassano GB, Simonini E Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia // *Journal of Affective Disorders*, 1997, 42,:145-153.
38. Roth M. Agoraphobia, panic disorder and generalized anxiety disorder: some implications of recent advances // *Psychiatric Developments*, 1984, 2: 31-52.
39. Salvador-Carulla L, Seguí J, Fernández-Cano P Costs and offset effect in panic disorders // *British Journal of Psychiatry*, 1995, 27: 23-28.
40. Shear, M. K., Brown, T., Barlow, I. Multicenter collaborative panic disorder severity scale // *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154: 1571-1575.
41. Shear, M. K., Frank, E., Rucci, P. Panic-agoraphobic spectrum: reliability and validity of assessment instruments // *Journal of Psychiatric Research*, 2001, 35: 59-66.
42. Shear, M. K., Rucci, P., Williams, J., Reliability and validity of Panic Disorder Severity Scale: replication and extension // *Journal of Psychiatric Research*, 2002, 35: 293-296.
43. Shulman ID, Cox BJ Precipitating events, locations and reactions associated with initial unexpected panic attacks // *Behav Res Ther*, 1994, 32: 17-20
44. Skodol, A., Oldham, J. M., Hyler, S. Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity // *Journal of Psychiatric Research*, 1995, 29:361-374.
45. Udhe, T., Boulenger J. Longitudinal course of panic disorder // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 1985, 9: 39-51
46. Young LT, Cooke RG, Robb JC, Levitt AJ Anxious and non-anxious bipolar disorder // *Journal of Affective Disorders*,1993, 29: 49-52.
47. Zaubler TS, Katon W. Panic disorder in the general medical setting //

Таблица 1 Социально-демографические и клинические особенности больных с ПР

Возраст (годы, среднее \pm SD)	43,2 \pm 6,4
Возраст первичной госпитализации (годы, среднее \pm SD)	36,5 \pm 10,8
Возраст манифестации ПА (годы, среднее \pm SD)	26,5 \pm 8,1

Длительность ПР (годы, среднее \pm SD)	17,3 \pm 8,5
Количество госпитализаций (среднее \pm SD)	3,1 \pm 1,2
Гендерные особенности (No., % женщин)	38 (64,4)
<i>Брачный статус, No. (%)</i>	
Женаты (замужем)	36 (61)
Разведены	9 (15,3)
Одинокие (никогда не женившиеся)	14 (23,7)
<i>Социальный статус, No. (%)</i>	
Работают	17 (28,8)
Не работают, в т.ч.	42 (71,2)
Инвалиды по психическому заболеванию	12 (20,3)
<i>Отягощенность по психическим заболеваниям, No. (%)</i>	
Алкогольная зависимость	15 (25,4)
Депрессивные состояния	12 (20,3)
Тревожные расстройства	9 (15,3)
Расстройства шизофренического спектра	3 (5,1)
<i>Преморбидные личностные особенности, No. (%)</i>	
Преобладание психастенических черт	26 (44,1)
Преобладание истерических черт	10 (16,9)
Преобладание шизоидных черт	8 (13,6)
Преобладание эпилептоидных черт	3 (5,1)
<i>Психические расстройства, наблюдаемые до дебюта ПР, No. (%)</i>	
Специфические фобии	13 (22,0)
Социальное тревожное расстройство	8 (13,6)
Аффективные расстройства	6 (10,2)
Деперсонализационное расстройство	5 (8,5)
Дисморфофобия	3 (5,1)

Таблица 2 Характеристика манифестных панических атак

<i>Преципитирующие факторы, No. (%)</i>	20 (33,9)
Психологические стрессы	9 (15,3)
Алкогольная интоксикация	7 (11,9)

Соматические заболевания	4 (6,8)
<i>Подтипы панических атак (по DSM-IV), No. (%)</i>	
Ситуационно предрасположенные (situationally predisposed) ПА	30 (50,8)
Ситуационно обусловленные (situationally bound) ПА	17 (28,8)
Спонтанные ПА	12 (20,3)
<i>Симптоматология ПА, No. (%)</i>	
Соматические и вегетативные симптомы	59 (100)
Ипохондрия (страх соматических заболеваний)	20 (33,9)
Конверсионные («атипичные») симптомы	18 (30,5)
Деперсонализация и страх потери контроля	11 (13,6)
Контрастные obsessions	5 (8,5)

Таблица 3 Динамика панического расстройства с агорафобией

Показатель	1-ая фаза (первые 3 года болезни)	2-ая фаза (2-5 год болезни)	3-ая фаза (более 4 лет)
<i>Характеристика ПА</i>	Полиморфные; преимущественно ситуационно предрасположенные	Преобладают вегетативные симптомы; спонтанные ПА	«Бедные симптомами» ПА, отсутствие
<i>Длительность ПА</i>	15 (3-150)	5 (1-20)	2 (0,5-3)

<i>мин. (min.-max.)</i>			
<i>Соотношение ПР и агорафобии</i>	ПА предшествуют агорафобии	ПА сопутствуют агорафобии	Агорафобия без развернутых ПА
<i>Агорафобия (Ср. балл по «Избеганию» Шкалы фобий Шихана)</i>	Страх метро и наземного транспорта (8)	Страх выходить из дома и ездить на автомобиле (12)	Страх поездок метро (3)
<i>Коморбидные р-ва, %</i>			
Ипохондрия	54,2	16,9	-
ГТР	37,3	10,2	-
Конверсионное р-во	30,5	-	-
Депрессия (балл по HDRS)	27,1 (18,5)	-	10,2 (23,4)
Социальная фобия	11,9	-	6,8
ОКР	11,8	3,4	8,4
Специфические фобии	6,8	-	-
Алкоголизм	3,4	20,3	-
<i>Расстройства личности, (%)</i>			
Зависимое	-	6,8	16,9
Избегашее	3,4	3,4	3,4
Гистрионное	-	-	10,2
<i>Копинг-стратегии</i>	- Употребление лекарств или алкоголя - Отвлечение внимания	- Избегание определенных мест и ситуаций - зависимость от родных	- Рентные установки

Рисунок 1 Расстройства панико-агорафобического спектра и уровень социального функционирования

