

*В. Я. СЕМКЕ, В. Н. СУДАКОВ,
Л. С. СВЕРДЛОВ*

**ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ
СОСТОЯНИЯ
В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ**

УДК 616.891.616—071.616-084/—085

Семке В. Я., Судаков В. Н., Свердлов Л. С. **Ипохондрические состояния в общесоматической практике.** — Томск: Изд-во Том. ун-та, 1991. — 168 с. — 1 р. 90 к. 1000 экз. 4108110000.

В монографии представлены результаты изучения закономерностей формирования непсихотических ипохондрических состояний у пациентов общесоматической сети. Изучены основные этапы становления ипохондрических расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы, при основных формах неврозов, различных соматических заболеваниях, а также на ранних этапах маниакально-депрессивного психоза. Описаны различные методы лечения непсихотических ипохондрических расстройств, разработаны программы ранней реабилитации для больных с затяжными ипохондрическими состояниями различного генеза.

Для врачей-психиатров, невропатологов, терапевтов.

Рецензент — доктор медицинских наук
Н. А. Корнетов

ISBN 5-7511-0222-3

4108110000
С $\frac{177(012)-91}{81-91}$

© Семке В. Я., Судаков В. Н., Свердлов Л. С., 1991

ПРЕДИСЛОВИЕ

Проблема взаимоотношения органического и функционального остается одной из наиболее актуальных в современной медицине. Исследования влияния психического фактора на возникновение и течение соматических заболеваний, а также роль соматических нарушений в формировании нервно-психических расстройств являются приоритетными для советской психиатрии. П. Б. Ганнушкин (1933), В. А. Гиляровский (1946), В. Н. Мясищев (1947) по праву считаются основоположниками соматопсихиатрического направления в психиатрии. В их работах были сформулированы принципы изучения взаимосвязи и взаимообусловленности психического и соматического, отмечена необходимость сближения психиатрии с общей медициной для решения важных теоретических и практических вопросов. В этом плане исследование ипохондрических расстройств представляет несомненный интерес, поскольку они встречаются как в практике психиатра, так и врача любой специальности (терапевта, невропатолога, хирурга, гинеколога).

Необходимость интеграции специалистов различного профиля особенно рельефно проявилась в последние годы в связи с увеличением в структуре болезненности заболеваний с длительным, затяжным течением, клиническая динамика которых подчиняется действию не только клинко-биологических, но и психогенных факторов. У врачей любой специальности появились так называемые «трудные», «неясные» больные, совершающие «марафон по врачебным кабинетам» [Коркина М. В., Марилев В. В., 1984]. Упорно добываясь всевозможных «новейших» моментов исследования, кон-

сультаций у известных специалистов, они, несмотря на отсутствие существенной патологии со стороны внутренних органов, требуют назначения сильнодействующих препаратов, обращаются с жалобами в различные инстанции на «некомпетентность», «черствость» и «бездушные» врачей. Реальная клиническая практика показывает, что констатация ипохондрических расстройств и направление этих больных к психиатру редко дают удовлетворительный терапевтический результат. Важным условием достижения максимального терапевтического эффекта является объединение усилий психиатра (психотерапевта) и специалистов общесоматической сети. Необходимо прежде всего уяснить, что жалобы больных носят объективный характер и объясняются наличием патологии, сущность которой невозможно понять без совместной клинической работы.

Следует отметить, что среди психиатров до настоящего времени не существует общепринятой точки зрения на сущность ипохондрических расстройств. Поэтому в данной работе мы постарались выработать единое понимание проблемы ипохондрии и осветить ту часть ее, которая, с нашей точки зрения, является наиболее актуальной для специалистов общесоматической сети. Речь идет о непсихотических ипохондрических расстройствах, наблюдаемых в практике специалистов общемедицинского профиля.

Мы посчитали целесообразным осветить ряд положений пограничной психиатрии, без правильного понимания которых специалисту общесоматического профиля будет трудно уяснить закономерности формирования ипохондрических расстройств и основные принципы лечения. Речь идет прежде всего о понятиях компенсации и декомпенсации, реакции, роли преморбидных свойств личности, типологии ипохондрических расстройств и др. Мы специально не касались ипохондрических расстройств в рамках шизофрении, поскольку эти вопросы требуют отдельных исследований и являются предметом дискуссии среди психиатров. Настоящая работа адресована в первую очередь врачам общесоматической сети и ставит своей целью повышение терапевтической эффективности лечебных мероприятий для больных с ипохондрическими состояниями.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на длительное изучение ипохондрии, многие вопросы патогенеза, клинической динамики, систематики и лечения ипохондрических состояний остаются малоизученными. Более того, нет единого, общепринятого определения ипохондрии. Одни исследователи определяют ее как повышенное внимание к собственному здоровью («ипохондрия здоровья») [Яррайс К., 1954], другие подчеркивают наличие необычных, крайне неприятных, мучительных расстройств со стороны внутренних органов [Пашенков С. З., 1974; Бобров А. С., 1984; Смулевич А. Б., 1987].

В настоящее время доминирующей является концепция центрального генеза ипохондрических состояний [Ротштейн А. Р., 1961; Ануфриев А. К., 1978; Смулевич А. Б. с соавт., 1979 и др.], согласно которой ипохондрические расстройства возникают вне связи с реальной патологией. Однако И. Р. Эглитис (1977) отмечает, что в ряде случаев можно выявить наличие определенной взаимосвязи между реальными соматовегетативными расстройствами и формированием стойких ипохондрических нарушений. Другие исследователи [Хайрулина Д. А., 1979; Бобров А. С., 1984], признавая центральный генез ипохондрий, указывают, что для понимания закономерностей их возникновения и структурно-динамических закономерностей важное значение имеет анализ роли психогенных и экзогенно-органических факторов в становлении ипохондрических нарушений. Отсутствие единого понимания роли различных факторов в генезе ипохондрических состояний является, с нашей точки зрения, основной причиной разночтений в классификации ипохондрических состояний. Так, А. Б. Сму-

левич (1987) указывает, что ипохондрические нарушения, особенно в случаях присоединения сенестопатических расстройств, можно рассматривать в рамках малопрогредиентной шизофрении. А. К. Ануфриев (1978) указывает на существование тесной взаимозависимости между ипохондрическими и аффективными нарушениями и считает ипохондрические расстройства проявлениями циклотимии. Н. Д. Лакосина (1971) считает правомерным возникновение ипохондрических нарушений при невротическом развитии личности. Р. Я. Голант (1943), Т. Н. Гордова (1971), А. С. Бобров (1984), придавая первостепенную значимость экзогенно-органическим факторам, диагностируют ипохондрические расстройства в рамках органического поражения головного мозга различного (посттравматического, инфекционно-токсического, сосудистого) генеза. Г. А. Обухова (1972) указывает на правомерность выделения ипохондрических состояний сенильного генеза.

Несмотря на разногласия в систематике ипохондрических расстройств, практически все исследователи признают их терапевтическую резистентность. Так, ипохондрические нарушения нередко выступают в качестве важнейшей причины социально-производственной дезадаптации с полной утратой трудоспособности.

Изучение ипохондрических расстройств у пациентов общесоматической сети, предпринятое в отделении пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского научного центра АМН СССР совместно с Ленинградским психоневрологическим институтом им. В. М. Бехтерева, позволило выявить ряд моментов, имеющих принципиальное значение для разработки программ психопрофилактики. Важнейшим из них, по нашему мнению, является значимость широкого круга психогенных, экзогенно-органических и конституционально-биологических факторов в возникновении и формировании ипохондрических нарушений. Поэтому нами выделены ипохондрические расстройства экзогенно-органического, соматогенного и психогенного генеза, а также ипохондрические расстройства в рамках маниакально-депрессивного психоза. В процессе клинико-динамического исследования выявлены общие и специфические закономерности формирования ипохондрических расстройств. К общим закономерностям относятся: 1) этап-

ность формирования ипохондрических нарушений; 2) нарастание ипохондрических патохарактерологических черт; 3) дезорганизация механизмов социально-производственной дезадаптации. Специфические закономерности, с нашей точки зрения, отражают влияние триггерных, предиспонирующих и патофизиологических факторов на структурно-динамические особенности клинической картины заболевания. К ним относятся: структура манифестных нервно-психических расстройств, продолжительность отдельных этапов формирования ипохондрических расстройств; механизмы фиксации ипохондрических нарушений и становление ипохондрии как нового свойства личности и др.

С учетом вышесказанного ипохондрические расстройства нами рассматривались в рамках невротического и патологического (посттравматического, соматогенного) развития личности. Дискуссионным в этой позиции выглядит ряд моментов. Разумеется, далеко не все непсихотические ипохондрические нарушения правомерно рассматривать в рамках невротического и патологического развития личности. Поэтому ипохондрические состояния у больных с маниакально-депрессивным психозом (МДП) описаны традиционно и оценивались в качестве факультативных нарушений в процессе становления облигатных для маниакально-депрессивного психоза симптомокомплекса.

Спорным выглядит и выделение ипохондрических расстройств соматогенного генеза, особенно с позиций центрального генеза ипохондрических состояний. С нашей точки зрения, речь идет об особом, ипохондрическом типе переживаний, наблюдающемся у лиц с различными соматическими заболеваниями («внутренняя картина болезни»), которые, несмотря на благоприятное течение основной (соматической) патологии, дают начало формированию чрезвычайно ригидного, терапевтически резистентного ипохондрического симптомокомплекса и становлению ипохондрии как нового свойства личности по механизмам фиксации и упрочению патологических связей [Кербиков О. В., 1971].

Разработанный нами метод оценки ипохондрических состояний обладает, с нашей точки зрения, рядом преимуществ. Во-первых, для практического врача общесоматической сети несомненно важным является пони-

мание того факта, что ипохондрические нарушения в своем становлении проходят ряд этапов, поэтому существует принципиальная возможность их раннего распознавания и эффективной психопрофилактики. Важно также адекватно оценить значимость психологических факторов и роль преморбидных (доболезненных) личностных особенностей формирования расстройств. Вторых, разработанные нами программы психопрофилактики и ранней реабилитации построены с учетом ранней диагностики и адекватной оценки этапа формирования ипохондрических расстройств. Как показал наш опыт работы на базе одной из общесоматических поликлиник г. Томска, своевременная диагностика ипохондрических расстройств у пациентов общесоматической сети с последующей их коррекцией (в первую очередь с помощью доступных для врачей общесоматической сети психотерапевтических методов) позволяет предопределить формирование стойких ипохондрических расстройств.

Авторы благодарят Т. А. Ланскую, Г. В. Залевского, М. В. Семенову-Тян-Шанскую, Л. Я. Нохрину за помощь в подготовке монографии, а также заранее благодарны всем за критические замечания, которые будут способствовать дальнейшей разработке проблемы ипохондрии.

Глава I

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ. ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА, СИСТЕМАТИКИ И ТИПОЛОГИИ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Несмотря на многочисленные исследования, до настоящего времени не существует единой общепринятой точки зрения по вопросу о происхождении и нозологической принадлежности ипохондрических состояний. Одни авторы [Корсаков С. С., 1901; Эй Н., 1950] считают ипохондрию самостоятельным заболеванием, другие рассматривают ипохондрические расстройства в виде отдельных синдромов при церебрально-органических [Обухов Г. А., 1972; Насрулаев Ф. С., 1980], эндогенно-процессуальных [Ротштейн Г. А., 1961; Смулевич А. Б., 1987], психогенных [Лакосина Н. Д., 1970] и саматогенных [Ковалев В. В., Белов В. П., 1967] заболеваниях. В проблеме происхождения ипохондрических расстройств можно выделить две основные концепции. Согласно первой, ипохондрические нарушения имеют центральное происхождение, т. е. обусловлены повреждением центральных мозговых механизмов [Ротштейн Г. А., 1961; Доброхотова Т. А., 1974; Ануфриев А. К., 1979 и др.]. Другие авторы [Меграбян А. А., 1972; Пашенков С. З., 1974; Эглитис И. Р., 1977 и др.] наряду с «первичной», «эссенциальной» ипохондрией признают возможность формирования вторичных ипохондрических состояний, причем микроструктурные изменения внутренних органов являются источником патологических ощущений.

Прежде чем перейти к рассмотрению вопросов этиопатогенеза, представляется необходимым рассмотреть содержание понятия «ипохондрия» и дать краткое описание тех вариантов ипохондрических расстройств, ко-

торые наиболее часто наблюдаются в клинике внутренних заболеваний и в пограничной психиатрии.

В определении ипохондрии выделяются ее основные признаки: патологическая озабоченность состоянием собственного здоровья, убежденность в наличии болезни, а также непонятные ощущения со стороны различных органов и систем. Внимание к собственному здоровью, функции определенных органов или систем ставится в центр интересов больного. Будучи убежденными в наличии трудно диагностируемого заболевания, больные отличаются упорством и стеничностью в поисках новых методов диагностики, постоянно стремятся к консультациям у различных специалистов, обращаются с просьбами о направлении в ведущие научно-исследовательские учреждения. Это в значительной мере обусловлено тем, что у больных с ипохондрическими нарушениями выявляются сенестопатии — необычные, крайне тягостные, мучительные для больного ощущения, сопровождающиеся тревогой и беспокойством. Чаще всего сенестопатии локализуются в области головы. Больные жалуются на нестерпимые боли внутри головы («мозг как будто разрывается, в мозгах все кипит, переворачивается, трясется, колыхается»). Нередко сенестопатии, принимают вычурный характер: «чешутся мозги», «лопается сердце», «сajeживается или разбухает кишечник» и др. В терапевтической практике нередко сенестопатии локализуются в области сердца, желудка, печени, суставов. В этих случаях следует всегда ориентироваться на необычный характер жалоб больного, сопровождающихся тревогой, неусидчивостью, слезливостью при отсутствии или минимальных изменениях со стороны внутренних органов.

В то же время, как указывает А. С. Бобров (1984), у больных ипохондрическими расстройствами могут быть и собственно болевые или алгические ощущения, не зависящие от наличия патологии со стороны внутренних органов. В этих случаях говорят о сенесто-алгическом синдроме. Для данного синдрома характерным является разнообразие болевых ощущений, локализуемых в области головы, сердца, брюшной полости, мышечно-суставного аппарата, позвоночника, а также в конечностях. В качестве типичных особенностей алгиче-

ских или сенестоалгических расстройств выступает многообразие болевых ощущений в области органа и смелна локализации болевого синдрома. Так, при жалобах на головную боль больные чаще всего характеризуют ее как давящую, пульсирующую, постоянно меняющую локализацию с оттенком непереносимости и ожиданием «грозных осложнений». Больные говорят, что голова раскалывается, трещит, причем болевые ощущения, возникая, например, в области лба, вскоре переходят в область затылка, висков, иррадируя в нижнюю челюсть, шею, глазные яблоки и др. Эти же ощущения присущи гастралгиям и кардиалгиям.

Боль в области сердца возникает чаще всего после незначительного психоэмоционального напряжения, носит ноющий, колющий, давящий или сжимающий характер, сопровождаясь усилением тревоги, слезливости, неусидчивостью, беспокойством, мольбами о помощи. Как правило, она не купируется нитроглицерином, валидолом, однако хорошо поддается психотерапевтическому внушению, а также действию седативных средств.

При возникновении сенестоалгических расстройств в области брюшной полости типичным является возникновение тупых, ноющих или, наоборот, жгучих, «стреляющих» болей в эпигастрии, распространяющихся затем в нижнюю часть живота с иррадиацией в позвоночник, промежность, сопровождающихся метеоризмом, отхождением газов, вздутием живота. Мышечное напряжение в области живота отсутствует.

При возникновении сенестоалгий в области опорно-двигательного аппарата болевые ощущения особенно разнообразны (крутит, выворачивает, горит, жжет, дергает суставы), характеризуются внезапностью возникновения и также внезапно могут исчезать. Однако чаще всего болевые ощущения носят мигрирующий характер: начавшись в области позвоночника, они переходят на суставы верхних и нижних конечностей и т. д.

Следует отметить, что при ипохондрических расстройствах у пациентов нередко наблюдаются разнообразные, чаще всего кратковременные ощущения покалывания, онемения, жжения (парестезий). Их преимущественной локализацией является область верхних и нижних конечностей, тогда как в области языка, волосистой

части головы, лица, туловища парестезии встречаются значительно реже.

Необходимо указать, что понимание генеза ипохондрических расстройств невозможно без рассмотрения части концептуального аппарата, относящейся к клинической динамике пограничных нервно-психических нарушений. Поэтому представляется необходимым изложить наиболее употребимые понятия, имеющие непосредственное отношение к проблеме ипохондрических состояний.

Адаптация — одно из центральных понятий в пограничной психиатрии [Александровский Ю. А., 1985]. С нашей точки зрения, адаптация — это деятельность индивида в таком диапазоне социальной среды, который не выявляет патологического склада личности. Другими словами, требования социальной среды оказываются вполне посильными для лиц с акцентуированными или психопатическими чертами характера. Важно при этом выделить критерии, которые позволяют оценить уровень социальной адаптированности (дезадаптированности) личности. К числу важнейших критериев относятся: 1) степень овладения профессиональными качествами; 2) отношение к больному в семье; 3) направленность интересов; 4) удельный вес социально-позитивных мотиваций.

К этой же проблеме относится малоизученная группа так называемых реакций адаптации [Кербиков О. В., 1971; Ковалев В. В., 1972 и др.] к соматическим или психическим болезням. Изучение этих реакций является необходимым для понимания механизмов формирования ипохондрических расстройств, их стабилизации и последующей клинической динамики. Чаще всего под адаптивными реакциями понимают комплекс приемов, вырабатываемых личностью в целях преодоления сознания неполноценности, переживаний из-за ограничения физических и психических возможностей, изменившегося самочувствия и различных частных проявлений болезни [Ковалев В. В., 1972]. К ним относятся, в частности, различные приемы, с помощью которых пациенты стремятся замаскировать те или иные симптомы болезни путем изменения режима дня, характера и темпа работы. При ипохондрических расстройствах больные ча-

ще всего прибегают к разработке особого, с их точки зрения, щадящего режима деятельности: отказ от дополнительных нагрузок, переход на работу с уменьшением объема трудовой деятельности и др. К адаптивным реакциям относится также сужение интересов на каком-то виде деятельности, не относящейся к профессии пациента: коллекционирование, чтение и т. д. У лиц с ипохондрическими расстройствами чаще всего наблюдается увлечение восточными системами оздоровления (йога, гимнастика цигун и др.), разработка различных видов диет (сыроедение, голодание и т. д.).

Компенсация — это отработанная под влиянием внешней среды способность индивида замещать вредные, мешающие себе и другим, характерологические качества полезными или, во всяком случае, безразличными [Семке В. Я., 1965]. Установление компенсации происходит главным образом за счет активной выработки механизмов психологической защиты: появления новых черт характера и форм поведения, перекрывающих прежние особенности личности. В то же время «...при компенсации затушевываются проявления патологии, но не устраняются основы патологии» [Кербиков О. В., 1962]. Порою новые характерологические качества являются контрастными по отношению к прежним личностным чертам [Морозов Г. В., Шубина Н. К., 1968]. В зависимости от характера компенсаторных образований и степени их развития выделяют [Фелинская Н. И., Шубина Н. К., 1970] истинные компенсации, гиперкомпенсации, субкомпенсации, псевдокомпенсации.

При истинной компенсации вторичные характерологические особенности соответствуют типу высшей нервной деятельности, который лежит в основе данной аномалии личности. Так, если ипохондрический синдром развивается у стеничной в преморбиде личности, то истинная компенсация достигается путем тщательного и скрупулезного соблюдения всех предписаний врача, связанных с активизацией творческой и физической активности, отказом от прежнего щадящего режима жизни, чрезмерного страха за свое здоровье. Гиперкомпенсация связана с развитием вторичных компенсаторных черт, создающим новые проявления патологии характера. Так, при ипохондрических расстройствах нередко

наблюдается формирование педантичности, аккуратности, стремление к следованию раз и навсегда заведенному порядку, слепое подчинение мнению авторитетных лиц и т. д. Субкомпенсация наблюдается при недостаточном, частичном развитии компенсаторных образований; ее можно оценить как состояние неполного выздоровления, когда при отсутствии внешних клинических проявлений болезни удается обнаружить наличие нейрофизиологических сдвигов.

Рассматривая соотношение адаптационных и компенсаторных механизмов в целом, следует отметить, что в первом случае акцент ставится на роли окружающей среды, во втором — на внутренних ресурсах личности. Нами отмечена [Семке В. Я., 1965] некоторая предпочтительность в корригировании аномальных свойств личности в зависимости от ее типологических особенностей. Так, лица с превалированием стенических (паранойальных, возбудимых) компонентов характера лучше компенсировались, чем адаптировались; тормозимые слабые (психастенические, астенические) натуры, напротив, лучше адаптировались, чем компенсировались. Хорошая социальная приспособляемость у последней категории лиц наблюдалась в условиях, не требующих напряжений или быстрой смены стоящих перед ними задач; установление адаптации осуществлялось за счет избрания ими строго размеренного образа жизни, устранения чрезмерных служебных и общественных нагрузок. У всех обследованных больных имелась также лучшая адаптация к условиям семьи, чем к требованиям профессиональной деятельности (факт, отмеченный В. Я. Гиндикиным (1963)).

Реакция — простейшая первичная форма пограничных расстройств, которая может служить первоначальным этапом более глубоких и продолжительных личностных девиаций [Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К., 1976]. С учетом клинических и этиологических особенностей реакции принято подразделять на следующие.

1. Психогенные (ситуационные) реакции, обусловленные влиянием различных отрицательных средовых факторов, проявляющиеся в клинически нейтральных синдромах, не характерных для определенных заболеваний. По своему клиническому содержанию они могут

быть невротическими или психотическими. Для них характерно возникновение в непосредственной близости с психогенной вредностью, отсутствие целостной клинической картины и выраженных соматовегетативных нарушений, быстрота исчезновения после минования психотравмирующей ситуации.

Можно выделить несколько типов невротических реакций: ипохондрические, фобические, тревожно-депрессивные, истерические и др. Эти реакции чаще всего появляются, как уже было отмечено, в результате психотравмирующих воздействий (болезнь или смерть родственников, неблагоприятная семейно-бытовая ситуация).

Наиболее распространенной формой невротической реакции является ипохондрическая, характеризующаяся сверхценным отношением к состоянию здоровья, склонностью приписывать себе те заболевания, которыми страдают родственники или знакомые. Фобические реакции в форме кардиофобий, т. е. страха за сердце, свойственны большинству лиц с преобладанием в характере тревожно-мнительных черт, особенно при наличии повышенной реактивности вегетативно-сосудистой и вестибулярной систем. Невротические реакции с тревожно-депрессивным аффектом наблюдаются при различных хронических соматических заболеваниях. Появляясь вне периодов обострения заболевания, они существенно осложняют полноценную адаптацию индивида и являются причиной многочисленных обращений пациентов к специалистам различного профиля. Клинически они выражаются появлением тревоги, неусидчивости, подавленного настроения, мыслят о возможности внезапного развития серьезного осложнения основного заболевания.

Истерические реакции проявляются по механизму «условной желательности», «бегства в болезнь»; а также как имитация симптомов основного заболевания с различными, характерными для истерии, признаками: ощущение комка в горле, истерические нарушения чувствительности по типу «чулок» или «перчаток». Необходимо еще раз подчеркнуть, что невротические реакции носят кратковременный характер и хорошо поддаются психотерапевтической коррекции.

Психопатические (характерологические) реакции, которые выражаются в резком усилении привычного

способа реагирования на внешние вредности, не выходящего за пределы личностных ресурсов индивида. По выражению О. В. Кербикова (1962), это временные, преходящие характерологические сдвиги, возникающие реактивно. Б. В. Шостакович (1971) выделяет однозначные и неоднозначные психопатические реакции. Психопатические реакции разделяются на гомономные (с клиническими проявлениями, свойственными данному типу психопатии), при которых конституциональный фактор властно окрашивает в свои индивидуальные цвета тип, форму и содержание реакции [Ганнушкин П. Б., 1933], и гетерономные (преобладают симптомы, присущие другому кругу психопатии). С учетом динамических показаний можно выделить острые, подострые и затяжные реакции.

Острые аффективные реакции возникают в ответ на индивидуально значимые психические травмы. Их продолжительность от 1—2 часов до 1—2 дней. Подострые и затяжные аффективные реакции формируются в условиях хронической психотравмирующей ситуации. Их продолжительность соответственно от 4 недель до 3—5 месяцев.

Социальная адаптация представляет собой процесс включения личности в новую социальную ситуацию. Индивид развивается в составе малых общностей, образующих микросреду; среди них наиболее важным звеном является коллектив (семейный, школьный, трудовой). В каждом из них социальная деятельность личности имеет определенное своеобразие: семейная и профессиональная адаптация составляет сложный процесс включения в систему межличностных отношений. В процессе адаптации происходит определенная перестройка личности как результат тесного взаимодействия интересов, ценностей, установок, потребностей индивида и коллектива. Формирование устойчивых контактов и расширение сферы общения с окружающими способствуют большей реализации своих возможностей в коллективе. Адаптация предполагает большее участие в этом процессе микросоциальной среды (семейной, трудовой), чем самой личности.

Деадаптация — нарушение привычного способа взаимодействия личности с другими членами коллектива, проявляющееся в изменении социально-психо-

логических установок в связи с появлением эмоционального напряжения в микрогруппе. Наиболее часто явления деадаптации наблюдаются у психопатических личностей, обладающих такими особенностями характера, которые «мешают им безболезненно для себя и для других приспособляться к окружающей среде» [Ганнушкин П. Б., 1933]. При этом речь идет о «выявлении во вне» психопатических черт, о клиническом жизненном выявлении психопатий. В наших прежних исследованиях [Семке В. Я., 1964, 1967] отмечено учащение социальной деадаптации у многих препсихопатических и психопатических натур под влиянием эндокринно-вегетативных сдвигов инволюционного периода. Нарастание консерватизма мышления, утрата прежней гибкости и приспособляемости в еще большей мере затрудняют адаптацию организма к новым условиям и повышают требования к приспособительным механизмам.

Познание закономерностей формирования каждого из трех видов реакции подводит нас к рассмотрению чрезвычайно сложной проблемы промежуточных форм между психическим здоровьем и болезнью. На практике речь идет о наличии двух границ, которые определяют область пограничных состояний: «одна — от здоровья, другая — от болезни» [Ганнушкин П. Б., 1933], зачастую оказывающихся весьма неустойчивыми и крайне неопределенными. В этиопатогенетическом плане выдвигается задача пристального изучения перехода «от нормальной поведенческой эмоции к эмоции фиксированной, патологической» [Анохин П. К., 1965].

В клиническом плане такой переход от нормальных к субнормальным проявлениям характеризуется, по нашему мнению [Семке В. Я., 1985], рядом признаков: кратковременностью и изолированностью отдельных эмоционально-волевых реакций, носящих как бы абортивный, рудиментарный (в виде «микросимптомов», «моносимптомов») и превосходящий характер; четкой связью аффективных реакций с психогенной ситуацией, их психологической «понятийностью»; быстрой обратимостью, без появления устойчивой личностной переработки.

Не отрицая правомерности существующих дефиниций ранних проявлений пограничной нервно-психической патологии в виде «предневроза», предневротических

состояний [Гиляровский В. А., 1934], психопатических [Ганнушкин П. Б., 1933], патохарактерологических [Кербиков О. В., 1962], невротических [Ушаков Г. К., 1978] реакций, нам кажется более адекватным представить их в качестве аномальных (дезадаптационных) личностных реакций. Это обусловлено прежде всего тем, что определение нозологической принадлежности нервно-психических расстройств на ранних этапах развития заболевания связано с рядом трудностей клинико-диагностического порядка, которые могут существенно влиять на содержание лечебно-реабилитационных мероприятий. Касаясь качественных отличий аномальных личностных реакций от психологических переживаний психически здоровых лиц, можно выделить ряд дифференциально-диагностических признаков: утрата адаптивного (приспособительного) характера реагирования; ломка сложившихся индивидуальных механизмов психологической защиты; концентрация сознания на узком круге аффективных переживаний (в частности, для лиц с истерической акцентуацией в качестве «ключевых» переживаний выступают ситуации, вызывающие ущемление их престижа, ограничение их возможности постоянно находиться в центре внимания окружающих); возникновение вне связи с актуальной психотравмирующей ситуацией, в нейтральной обстановке, под действием ранее индифферентных раздражителей (нередко эти реакции фиксируются по механизму условной связи с психическими раздражителями, не имеющими объективной психогенной значимости, в то время как основное конфликтное переживание, особенно при частичной сохранности механизмов психологической защиты, может вытесняться из сферы сознания); появление новых форм реагирования в виде тревожности [Ханн Ю. Д., 1970], ригидности [Залевский Г. В., 1976]; возникновение функциональных нейродинамических сдвигов в центральной нервной системе. При нарастании и утяжелении симптоматики наблюдается «кристаллизация» болезненного реагирования с появлением признаков предболезни, а затем и формированием «стереотипа болезни». Тревожность и ригидность выступают в качестве основного фактора стабилизации аномальных личностных реакций и превращения их в стойкие патохарактерологические расстройства.

Касаясь вопросов этиопатогенеза ипохондрических состояний, следует сказать, что до настоящего времени они остаются недостаточно изученными. С целью углубленного анализа роли клинико-биологических, экзогенно-органических и психогенных факторов в формировании ипохондрических состояний все больные (261 чел.) были разбиты на четыре группы: 1-я — ипохондрические состояния экзогенно-органического генеза (88 чел.); 2-я — ипохондрические состояния психогенного генеза (47 чел.); 3-я — ипохондрические состояния соматогенной природы (48 чел.); 4-я — ипохондрические состояния эндогенно-процессуального происхождения (78 чел.). В этих группах в соответствующих главах анализируется соотношение различных клинико-биологических и социальных факторов в генезе ипохондрических расстройств. В данной главе мы поставили задачу конспективно изложить роль конституционально-биологических, психогенных и эндогенно-органических факторов в происхождении как ипохондрических нарушений, так и нервно-психических расстройств в целом.

Роль конституционально-биологических факторов

К числу важнейших клинико-биологических факторов относятся пол, возраст, наследственная отягощенность, структура премоурбидной личности, нейроэндокринный и иммунологический статус.

Установлено, что истерией чаще всего страдают женщины, тогда как возбудимой формой психопатий, алкоголизмом — мужчины. Наши данные указывают на некоторое преобладание женщин среди больных, страдающих ипохондрией. Это, по нашему мнению, объясняется большей эмоциональной ранимостью женщин, преобладанием у них различных форм соматической патологии и др.

Роль возраста и связанных с ним изменений в жизнедеятельности индивидуума переоценить невозможно. Выделяются так называемые критические возрастные периоды (пубертат, инволюция, старческий возраст), характеризующиеся повышенной чувствительностью индивидуума к действию широкого круга факторов. Так, психопатии чаще всего проявляются в период пубертат-

ного криза (11—15 лет), а их становление относится к возрасту 20—25 лет. В отдельную группу выделяются инволюционные психозы, а также психозы позднего возраста. В происхождении ипохондрических расстройств немаловажное значение имеет, по нашим данным, климактерический период (41—50 лет).

Роль наследственной отягощенности в происхождении психопатий, шизофрении и ряда других заболеваний бесспорна, в отношении же ипохондрических расстройств остается неясной. Структура преморбидной личности, по мнению большинства исследователей, является одним из важнейших факторов, определяющих формирование и клиническую динамику пограничных нервно-психических расстройств. Ипохондрические (так же, как и другие) нарушения могут развиваться у гармонической, акцентуированной, препсихотической и психотической личности.

У гармонической личности психическая деятельность оптимальным образом обеспечивает адаптацию индивидуума к социальной среде.

Акцентуированная личность — здоровые лица, находящиеся как бы на грани субнормы. Заостренность отдельных характерологических черт в определенных ситуациях способна снизить адаптационные способности личности, быть почвой для внутри- и межличностных конфликтов [Семке В. Я., 1975]. По мнению А. Е. Личко (1983), особенности их характера «либо вообще не препятствуют удовлетворительной социальной адаптации, либо ее нарушения бывают преходящими». Он выделяет явную и скрытую акцентуацию характера, первая из них как бы составляет группу «повышенного риска» (податливы к определенным пагубным влияниям среды или психическим травмам). Применительно к задачам диспансеризации населения речь идет о двух категориях практически здоровых лиц, но с различной степенью напряжения адаптационных механизмов: без признаков их истощения (нуждаются в периодических осмотрах и контрольных наблюдениях) и с признаками истощения (целесообразно включение оздоровительных и профилактических мероприятий).

Препсихотические личности характеризуются нестойкостью, изменчивостью присущих им аномальных качеств: отсутствует один из трех критериев,

определяющих, по П. Б. Ганнушкину, психопатический склад личности. Весьма близки по клиническому содержанию к данному понятию «латентная» и «компенсированная» психопатии. Срывы возникают в основном в условиях объективно затруднительных микросоциальных конфликтов и приводят к явному заострению патохарактерологических свойств.

Психопатические личности отличаются выраженностью патологических качеств до степени нарушения адаптации, тотальностью эмоционально-волевых нарушений, их относительной стабильностью и малой обратимостью. Как и другие авторы, мы рассматриваем психопатии как полиэтиологические образования «патос», а не «нозос» [Кербиков О. В., 1962]. В пределах клинически однородной формы психопатии удается выделить в соответствии с положениями О. В. Кербикова (1961, 1962) три генетические подгруппы.

1. «Ядерная», конституциональная подгруппа с малой зависимостью клинической динамики от средовых вредностей и довольно ранним (уже в детском и препубертатном возрасте) обнаружением психотического склада. Протекая длительное время субклинически, она может манифестировать в инволюционном периоде (так называемая латентная психопатия).

2. «Краевая», «нажитая» подгруппа, ведущую роль в становлении которой играют микросоциальные влияния, в первую очередь дефекты воспитания, начальным этапом ее формирования является патохарактерологическое истерическое развитие.

3. Органическая подгруппа, в которой проявление аномальной структуры личности обусловлено рядом экзогенно-органических, соматогенных вредностей на этапах формирования, нарушающих «правильное дальнейшее развитие» [Кербиков О. В., 1968]. Биологическая неполноценность вызвана «внутриутробным повреждением плода», алкоголизмом в роду, заболеванием инфекционной и интоксикационной природы в постнатальном развитии ребенка. «В этих случаях нельзя говорить об органической психопатизации личности или органической псевдопсихопатии», поскольку имеет место «органический генез раннего формирования психопатического синдрома» [Кербиков О. В., 1971].

В каждой из описанных генетических подгрупп встречались случаи смешанной «переходной» психопатии, в становлении которой в равной мере принимали участие факторы конституционально-биологического, экзогенно-органического и психогенного (микросоциального) порядка: одна часть патохарактерологических черт являлась врожденной, другая — приобретенной.

Для врача особый интерес представляет конкретная клиническая структура (форма) психопатий. Следует отметить, что указанное подразделение используется для характеристики типа акцентуации или препсихопатических состояний.

Возбудимый тип характеризуется постоянной повышенной раздражительностью, возбудимостью, склонностью к фиксации на отрицательно окрашенных эмоциональных переживаниях и вспышках гневливости, агрессивности. Этим лиц отличает импульсивность действий («сначала говорят, потом думают»), вследствие чего они нередко совершают необдуманные поступки под влиянием незначительных внешних воздействий. Многие из них вскоре после ссоры искренне раскаиваются в совершенных поступках, другие, наоборот, склонны винить окружающих в имевших место конфликтах. Нередко лица с возбудимыми характерологическими чертами отличаются настороженностью, подозрительностью, враждебностью, что в действительности способствует формированию недоброжелательного к себе отношения в коллективе.

В рамках возбудимого типа выделяется так называемая подгруппа эпилептоидов. Они отличаются педантичностью, скрупулезностью, ригидностью, повышенной обязательностью и повышенной требовательностью к себе и окружающим, что нередко является источником семейно-бытовых и производственных конфликтов. В стрессовой ситуации они прямолинейны, бескомпромиссны, эгоистичны, упрямы, нередко становятся «правдоискателями». В большинстве случаев они хорошие производственники, квалифицированные специалисты с высоким чувством долга и ответственности.

Истерический тип отличается демонстративностью, театральностью, стремлением постоянно быть в центре внимания, создавать вокруг себя ореол исключительности. Эти люди выделяются экстравагантностью

в одежде, броской, яркой внешностью, богатой экспрессией, склонностью к пафосу и патетике. Им присущи живость и острота переживания текущих событий, склонность к драматизации, увлеченность, фантазирование. Нередко уже первый контакт с врачом позволяет выявить у больных истерические черты характера. Они говорят о себе, часто прибегая к метафорам и гиперболам, в этих высказываниях преобладают эпизоды, выдвигающие их на передний план и выгодно отличающие от окружающих. У многих имеется тяга к художественно-оформленной хвастливости и даже лживости с различной степенью выраженности — от невинных «розыгрышей» и выдумок до сложных, красочных измышлений с точной фабулой и динамическим сюжетом.

Гипертимный тип — это жизнерадостные, полные оптимизма люди. Они всегда полны радужных планов, окружающих они изумляют гибкостью и многосторонностью психики, художественной одаренностью. Они легко сходятся с людьми, приятны в общении, умело сглаживают противоречия во взаимоотношениях с окружающими. Противоположный полюс представляет конституционально-депрессивный тип [Ганнушкин П. Б., 1933]. Это лица с постоянно пониженным настроением, вечно угрюмые, мрачные, недовольные, неразговорчивые. Они мало приспособлены к преодолению различного рода трудностей, легко впадают в отчаяние. Типичным является плохое самочувствие: неполноценный сон, разбитость, недомогание по утрам, пониженная работоспособность и т. д.

Эмоционально-лабильный — для этой группы пациентов характерны лабильность эмоций с преобладанием тревожно-беспокойного отношения к окружающим и своей работе. Они отличаются повышенной ранимостью к действию широкого круга факторов, особенно болезненно переживают незначительные неудачи на работе вследствие утрированной приверженности к морально-этическим стандартам. В стрессовой ситуации у них легко возникают и имеют тенденцию к кумуляции отрицательные эмоции, сопровождающиеся снижением настроения, слезливостью. Они живут в постоянном ожидании неудачи, что определяет их жизненную пози-

цию (утрированная приверженность к различного рода регламентам, тщательность).

Шизоиды — это замкнутые, странные люди, поражающие окружающих причудливостью и парадоксальностью своей эмоциональной жизни. Их поступки зачастую лишены логики и последовательности, окружающим трудно понять их внутренний мир. В то же время шизоидные личности практически лишены возможности проникнуть во внутренний мир других людей, у них отсутствует чувство сопереживания, способность понять эмоциональные реакции другого человека. Противоречия их внутренней жизни заключаются в своеобразном сочетании внутренней холодности, граничащей с жестокостью, и сентиментальности, чувствительности к определенным, порой неожиданным для окружающих воздействиям. Эти люди уже при первом посещении врача обращают на себя внимание странностью одежды, мимики, речи. У одних в одежде преобладают элементы вычурности, у других — подчеркнуто строгий «военный» покрой костюма. Речь или витиеватая, со множеством манерных оборотов, сопровождающаяся своеобразной нередко не лишённой некоторой оригинальности, мимикой, или же однообразная, монотонная, лишённая свойственных человеку модуляций и сочетающаяся в бедностью мимики, угловатостью движений. В интеллектуальной жизни — склонность к схематизации, символике, игнорирование всего, что не соответствует их формальным построениям. Эти особенности интеллектуальной деятельности нередко способствуют возникновению собственных концепций заблуждения, «особых» режимов питания, лечения и пр.

Динамика психопатий включает два момента: изменение уже имеющихся свойств, их нарастание или смягчение, и появление новых качеств. Она обусловлена сложным соотношением разнообразных конституционально-биологических и микросоциальных (средовых) факторов, отсюда подразделение на конституциональный и ситуационный типы динамики. Помимо уже описанных выше вариантов клинической динамики (компенсация, гиперкомпенсация, характерологическая реакция, патохарактерологическое развитие) встречаются следующие.

Декомпенсация — нарушение, обострение психопатических свойств, связанное с ослаблением или утратением (под влиянием неблагоприятных воздействий) компенсаторных механизмов. При декомпенсации нарушается «выведенный фасад» [Ганнушкин П. Б., 1933], за которым обнажается прежняя психопатическая структура личности. Клинически декомпенсация обычно выражается в нарушении вторичных черт характера, которые являются компенсацией первичных, основных психопатических особенностей [Шубина Н. К., 1970]. Результатом происходящего при этом процесса является заострение, усиление присущих индивиду аномальных качеств.

Психопатические фазы — временное ухудшение психопатического состояния без связи с внешними факторами, не изменяющее существенно общей психопатической структуры. Они проявляются в аффективных расстройствах, достигающих психотического или субпсихотического уровня (маниакальные и депрессивные фазы), но чаще всего протекают в рамках личностной патологии — дистимические состояния, кратковременные эпизоды. Чаще всего фазы начинаются в период полового созревания. В целом их типология пока разработана недостаточно [Смулевич А. Б., 1983].

Психопатический цикл — механизм утяжеления психопатических особенностей, характеризующийся своеобразными «сдвигами»: конфликт — реакция на него (невротическая, характерологическая, психотическая) — усиление прежних психопатических черт [Кербиков О. В., Гиндикин В. Я., 1962].

Депсихопатизация — полное устранение форм психопатического реагирования, возникающее благодаря позитивному микросоциальному воздействию или появлению новых компенсаторных возможностей в подростковом возрасте [Кербиков О. В., 1962; Кулев И. Л., 1964; Личко А. Е., 1983]. Нами описан вариант поздней депсихопатизации в пожилом возрасте, при котором процесс нормализации был вызван благоприятными социально-психологическими условиями, а также появлением нерезко выраженных сосудистых изменений, которые «растворяли» прежние патохарактерологические свойства личности; среди других проявлений динамики в позднем возрасте описаны [Семке В. Я., 1965, 1980]

также выявление «латентной» психопатии и трансформация психопатического склада.

Психопатоподобное состояние имеет в своей основе массивные экзогенно-органические, соматогенные и эндогенные факторы, которые в существенной мере ослабляют нервную систему и облегчают аномальное реагирование личности на незначительные средовые вредности. К их числу относятся описанные В. А. Гурьевой и В. Я. Гиндикиным (1980) «постпроцессуальные психопатии», «псевдопсихопатии» [Осипов В. П., 1936], «психопатоподобный синдром» [Снежневский А. В., 1969] и т. д.

К числу конституционально-биологических факторов относятся и так называемые «эндогенно-процессуальные» факторы, т. е. вызывающие ряд эндогенных психозов (маниально-депрессивный психоз, шизофрения). В плане рассматриваемой проблемы представляет интерес выявленный в последнее время [Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1988] патоморфоз психических заболеваний, заключающийся в преобладании «стертых», «ларвированных», «латентных» форм нервно-психических расстройств над собственно психотическими нарушениями. По мнению А. Б. Смулевич с соавт. (1987), среди невротических и психопатоподобных расстройств эндогенного генеза ипохондрические нарушения занимают одно из ведущих мест. Следует, однако, сказать, что конкретные механизмы, вызывающие эндогенные заболевания, изучены недостаточно. Большинство исследователей [Гиндимес В. М., 1979; Картанян М. Е., 1983 и др.] считают, что первостепенную значимость играют генетические факторы. Об этом свидетельствует более высокая частота заболеваемости эндогенными психозами среди родственников больных шизофренией по сравнению с общей популяцией.

Экзогенно-органические факторы

Проблема значимости разнообразных экзогенных факторов в формировании ипохондрических расстройств являлась одной из наиболее актуальных с самого начала возникновения учения об ипохондрии. В настоящее время многие исследователи [Семке В. Я., 1983; Суда-

ков В. Н., Ланская Т. А., 1983; Бобров А. С., 1984 и др.] указывают, что в формировании ипохондрических состояний важную роль играет церебрально-органическая патология: последствия черепно-мозговых травм, нейроинфекций. О важной роли черепно-мозговой травмы в генезе ипохондрических расстройств свидетельствует установленная нами [Судаков В. Н., 1989] жесткая корреляционная зависимость между возникновением диэнцефальных расстройств и ипохондрических нарушений. В то же время показано [Гордова Т. М., 1983; Бурцев Е. М., Бобров А. С., 1984], что при легких черепно-мозговых травмах при отсутствии грубых очаговых повреждений происходит преимущественное поражение диэнцефальных структур «ликворной волной», неизбежно возникающей после травмы в результате непосредственного механического воздействия на череп. Отмеченные повреждения наиболее чувствительных к механическим воздействиям диэнцефальных структур клинически выражаются в возникновении широкого круга расстройств, начиная от изменения реактивности вегетативно-сосудистой и вестибулярной систем и кончая формированием четко очерченных диэнцефальных пароксизмов симпатико-адреналового и ваго-инсулярного типов.

Некоторые исследователи [Бобров А. Е., 1984] указывали, что перенесенные инфекционные заболевания, интоксикации вызывают различные нарушения в вегетативной, сердечно-сосудистой и других системах организма, которые могут служить источником ипохондрических переживаний, особенно если эти изменения имеют субклинический характер. О важной роли инфекции в генезе ипохондрических расстройств свидетельствуют указания на перенесенные в преморбидном периоде острые лихорадочные заболевания (менингит, менингоэнцефалит, корь с менингеальными явлениями, грипп с последующими признаками церебрального арахноидита и др.), протекавшие с вовлечением в патологический процесс нервно-психической сферы. Довольно высокий удельный вес имели инфекционные заболевания с патологией желудочно-кишечного тракта, глистные инвазии, описторхоз. Практически у всех больных с ипохондрическими состояниями в доболезненном периоде наблюда-

ются катаральные явления со стороны носоглотки с длительным субфебрилитетом, астенизацией и вегетативно-сосудистой лабильностью. По мнению А. С. Боброва (1984), после перенесенных острых лихорадочных состояний неуточненной этиологии у больных наблюдались своеобразные ножицы: высокий уровень побуждений, активность, живость психики сочетались с физической невыносимостью, плохой переносимостью жары, духоты, резких запахов. В детско-подростковом возрасте признаки церебрально-сосудистой недостаточности проявлялись в неусидчивости, трудном сосредоточении внимания, расторможенности, плаксивости, капризности. В зрелом возрасте до возникновения четко очерченных ипохондрических расстройств у больных наблюдались катаральные явления без повышения температуры или периодические подъемы температуры до субфебрильных цифр, не сопровождавшиеся катаральными явлениями в носоглотке. Нередко субфебрилитет сопровождался диспепсическими явлениями, колебаниями массы тела, вестибуломожжечковыми расстройствами, потливостью, чувством озноба или жара, что указывало на заинтересованность диэнцефальных структур мозга в формировании указанных расстройств.

О важной роли надсегментарных структур в генезе ипохондрических расстройств свидетельствует возникновение, наряду с вегетативно-сосудистыми, гипертермическими пароксизмами, изменений настроения патологического характера, т. е. чувство общего недомогания, потеря чувственного компонента, оттенок равнодушия в восприятии всего окружающего. На это же указывают неврологические нарушения: симптомы двусторонней пирамидной недостаточности, глазодвигательные нарушения и др.

А. С. Бобров (1984) важное значение в генезе ипохондрических состояний придавал хроническим нейроинфекциям (токсоплазмозу, бруцеллезу), наличие которых у больных подтверждалось иммунологическими реакциями.

Г. А. Обухов (1971) в происхождении ипохондрических расстройств отметил важную роль сосудистых нарушений. Нейроциркуляторная дистония как проявление скрытой церебрально-органической недостаточности

является одним из важнейших факторов, способствующих гипоксии мозга и формированию различных, в том числе ипохондрических нарушений. В пользу данного предположения свидетельствует и высокая частота ипохондрических расстройств у лиц с начальными признаками атеросклероза и гипертонической болезни, сопровождающихся гипоксией мозга вследствие ухудшения его кровоснабжения.

Важное значение в формировании ипохондрических нарушений имеет органическое поражение головного мозга сложного генеза: инфекционно-токсическое поражение нервной системы на фоне отдаленных последствий черепно-мозговой травмы, сочетание сосудистого заболевания головного мозга с постинфекционной церебрально-органической недостаточностью, приобретенной в детском возрасте. Следует отметить роль патологически протекающего климакса в происхождении ипохондрических нарушений. Чаще всего ипохондрические расстройства наблюдаются при так называемом осложненном варианте климактерического синдрома [Вихляева Е. М., 1980], т. е. протекающем на фоне различных соматических (артериальная гипертония, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца и др.) заболеваний и характеризующемся преобладанием церебрального компонента в клинической картине климактерических расстройств. Необходимо указать, что климактерические расстройства наблюдаются не только у женщин, но и у мужчин [Демченко А. Н., 1975]. А. С. Бобров (1984) считает патологически протекающий климакс одним из существенных факторов декомпенсации скрытой церебрально-органической недостаточности с последующим развитием ипохондрических расстройств.

Психогенный фактор

Проблема оценки значимости психической травматизации в формировании пограничных нервно-психических расстройств, в частности ипохондрических, остается одной из самых актуальных в пограничной психиатрии. Клиническая практика убедительно показывает, что наряду с физическими стрессами в структуре патогенных

факторов большое значение приобретают социально-психологические воздействия: изоляция, одиночество, неудачный выбор профессии, не сложившиеся семейные отношения. В то же время из клинической практики известно, что существует определенная избирательность, повышенная чувствительность определенных индивидуумов к определенным стрессовым воздействиям. Реакции индивидуума на стрессоры определяются особенностями его личности, установок, мотивов, производственной деятельности, приобретенного опыта. Г. К. Ушаков (1987) выделяет следующие общие и специфические стрессоры и категории лиц, подверженных наибольшему риску их действия: 1) общие стрессоры — человек и окружающая среда, неадекватные отношения между рабочими и производственными обстоятельствами; степень соответствия между ожидаемым и действительностью в труде; чувство удовлетворения; депривация и повышенная стимуляция; 2) специфические стрессоры — объем работы, избыток информации, оплата труда, положение в производственном коллективе и право контроля, участие в трудовой ситуации и определение собственной роли, самосознание и свобода выбора; 3) лица, подвергающиеся наибольшему риску (с физическими недостатками, подростки, престарелые, эмигранты).

В. Н. Мясищев (1960) писал, что источником психической травматизации является несоответствие между потребностями индивидуума и возможностью их непосредственного удовлетворения. С одной стороны, указанное несоответствие является существенным фактором в развитии личности, но в ряде случаев оно приобретает патогенный характер. К таким ситуациям относятся: 1) объективная неразрешимость противоречий, недостижимость цели (утрата близкого человека); 2) особенности личности.

При оценке интенсивности и значимости психической травмы до настоящего времени остается актуальным положение об обратной пропорциональной зависимости между ранимостью нервной системы и массивностью психической травмы, необходимой для развития пограничных нервно-психических расстройств. Другими словами, чем более ранима (чувствительна) или чем больше предрасположена (невропатизирована, психо-

патизирована) нервная система, тем меньшая интенсивность психической травмы необходима для ее поражения [Ушаков Г. К., 1987].

Психические травмы могут быть непродолжительными и продолжительными, однократными и повторяющимися, монотематическими и многоаспектными, ожидаемыми и неожиданными. Существенным моментом психической травмы является наличие определенной предпочтительности психической травмы к особенностям преморбидного, личностного, характерологического радикала данного индивидуума. Так, повышенная чувствительность, сенситивность в преморбиде коррелирует с ситуацией перенапряжения и развитием астенических расстройств. Тревножно-минтальные черты в доболезненной личности способствуют формированию обсессивно-фобических (по нашим данным, и ипохондрических) расстройств в условиях разлаживаемости привычного стереотипа.

Обобщая изложенные данные о роли конституционально-биологических, психогенных и экзогенно-органических факторов в генезе ипохондрических расстройств, следует подчеркнуть отсутствие в большинстве случаев линейной жестко детерминированной связи между действием какого-либо фактора и формированием ипохондрических нарушений. В реальной клинической практике чаще всего наблюдаются взаимодействие и взаимообусловленность целого ряда факторов, в результате чего возникают различные, в том числе ипохондрические, непсихотические нервно-психические расстройства. Наши исследования [Семке В. Я., 1983; Судаков В. Н., 1989] показывают, что в пограничной психиатрии в возникновении и клинической динамике различных нозологических форм большое значение имеют как психогенные, так и конституционально-биологические и экзогенно-органические факторы, значимость которых меняется на различных этапах заболевания. Адекватная оценка значимости конкретных факторов на различных этапах становления ипохондрических нарушений является необходимым условием разработки эффективных форм и методов их психопрофилактики.

СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАМКАХ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ НА ОТДАЛЕННОМ ЭТАПЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Несмотря на многочисленные исследования, в современной литературе не существует единой точки зрения в отношении клинического содержания и термина «экзогенно-органические нервно-психические расстройства». В частности в «Руководстве по психиатрии»* под экзогенно-органическими понимаются полиморфные нервно-психические расстройства, возникающие в результате разнообразных соматических и церебрально-органических воздействий (опухоль мозга, эндокринопатии, тяжелые соматические заболевания, травмы головного мозга и др.). В данной главе нами будут рассмотрены непсихотические ипохондрические расстройства, возникающие на отдаленных этапах травматического и инфекционно-токсического поражения головного мозга.

Переходя к анализу ипохондрических нарушений, необходимо еще раз подчеркнуть приоритетность клинико-динамического метода в реализации программы исследования. В настоящую выборку нами были включены лишь те больные, у которых ипохондрические расстройства являлись «стержневыми», т. е. четко просматривались на всем протяжении болезни. Наиболее перспективным оказалось изучение непсихотических ипохондрических расстройств на отдаленном этапе экзогенно-органического поражения головного мозга в рамках концепции патологического развития личности [Судаков В. Н., 1985; Семке В. Я., Судаков В. Н., Ланская Т. А., 1986 и др.]. Патологическое развитие личности в отдаленном периоде экзогенно-органического по-

ражения головного мозга — это аномальная перестройка преморбидного характерологического склада на фоне церебрально-органической недостаточности в результате действия ряда экзогенных факторов, изменяющая содержание и формы личностного реагирования, механизмы и качество социальной адаптации больного.

Выявленные нами ранее общие закономерности формирования патологического развития личности в отдаленном периоде экзогенно-органического поражения головного мозга позволяют сформулировать ряд принципиальных положений, определяющих направления клинических исследований ипохондрических расстройств.

1. Формирование ипохондрических нарушений в рамках патологического развития личности подчиняется закономерностям, феноменологическим выражением которых является этапность в становлении нервно-психических нарушений. Выявлены следующие этапы: инициальный, манифестный, астенический, структурирования аномальных свойств личности, патохарактерологических сдвигов, общеорганического снижения личности.

2. Для понимания специфических закономерностей возникновения ипохондрических нарушений основополагающим является анализ роли экзогенно-органических, конституционально-биологических и психогенных факторов на всех этапах заболевания.

Ипохондрический тип патологического развития личности выявлен у 88 (38 мужчин и 50 женщин) больных в возрасте 21—60 лет.

Основная часть больных к моменту обследования находилась в возрасте 41—50 лет (35 чел. — 39,8%), 31—40 (24 чел. — 27,3%) и 51—60 (20 чел. — 22,7%).

Изучение условий формирования преморбидного характерологического склада позволило выявить ряд признаков, указывающих на высокую степень возникновения ипохондрических расстройств.

Так, у 29,4% больных отмечались отклонения в раннем развитии. В частности, в 10,2% случаев наблюдались признаки психо-физического инфантилизма, в 8,0% — ускоренного развития и у 11,2% больных — признаки искаженного развития. В 54,5% случаев выявлялось неправильное воспитание, причем максимальной оказалась частота больных (30,5%), воспитывавшихся в ус-

* Руководство по психиатрии/Под общей ред. А. В. Снежневского. М., 1986. Т. 1—2.

ловиях культа болезни. Довольно высоким (18,4%) оказался удельный вес больных, воспитывавшихся в условиях гиперопеки, тогда как частота других типов неправильного воспитания составила всего 5,6%.

В преморбиде чаще всего наблюдались истерические (38,4%), тревожно-мнительные (27,4%), характерологические черты, которые чаще всего (76,8%) можно было оценить в качестве акцентуации [Леончард К., 1989]. В 12,3% случаев диагностировался преэпсихопатический и в 9,5% — психопатический склад преморбидной личности.

Среди обследованных больных преобладали лица с образованием 8—10 классов (56,8%) и среднетехническим (26,7%), квалифицированные рабочие (40,5%) и служащие (35,6%). Обращал на себя внимание низкий удельный вес ИТР (18,9%).

Изучение клинической динамики выявило следующие этапы: инициальный, манифестный, астенический, структурирования аномальных свойств личности, патохарактерологических сдвигов и общеорганического снижения.

Инициальные нервно-психические расстройства выявлялись спустя 1—3 года после экзогенно-органического поражения головного мозга. Декомпенсации скрытой церебрально-органической недостаточности [Гуревич М. О., 1948] способствовали дополнительное психоэмоциональное перенапряжение, метеотропные воздействия, сезонные влияния. У больных чаще всего (80,8%) наблюдалось изменение реактивности вегетативно-сосудистой и вестибулярной систем, клинически проявлявшееся в непереносимости жары, духоты, длительных поездок в транспорте, ортостатических нагрузок. Существенной особенностью инициального периода являлось снижение резистентности к действию метеотропных факторов. Больные отмечали ухудшение самочувствия и настроения при изменении атмосферного давления, магнитных бурях и др. У некоторых больных появлялись головные боли, чувство психического или физического дискомфорта, ухудшение психической продуктивности, колебания артериального давления, внезапно наступающее чувство жара или озноба. Следует подчеркнуть, что указанные нарушения сопровождались возникновением ипохондрических реакций, у больных появлялись

мысли о наличии у них тяжелого заболевания, необходимости обследования у специалистов, неотложного проведения сложных диагностических процедур. Однако при исчезновении или ослаблении вегетативно-сосудистых проявлений отмечалась быстрая редукция ипохондрических реакций с восстановлением прежней работоспособности и критического отношения к имевшим место переживаниям.

В манифестном периоде у 92,6% больных выявлялся астеноипохондрический синдром. По существу, в большинстве случаев речь шла о резком усилении и стабилизации отклонений со стороны нервно-психической и вегетативно-сосудистой систем организма, наблюдавшихся у больных в инициальном периоде под влиянием дополнительных экзогенно-органических и психогенных воздействий. Больные жаловались на головные боли, головокружения, раздражительность, непереносимость жары, духоты. Следует подчеркнуть, что астенические расстройства с самого начала приобретали выраженную алгическую окраску. Так, описывая головные боли, больные указывали на чрезвычайно тягостный характер болевых ощущений («сверлит виски», «сжимает всю голову тисками», «давление внутри головы, как в паровом котле» и т. д.). В свою очередь, наличие алгических расстройств выступало в качестве важнейшего аргумента в пользу существования особого, трудно диагностируемого заболевания. Необходимо отметить, что практически облигатными в структуре астено-ипохондрического синдрома являлись фобические нарушения: страх внезапной потери сознания, остановки сердца, смерти в результате удушья, «разрыва мозговых сосудов» (нозофобии). Таким образом, существенными диагностическими признаками астеноипохондрического синдрома, помимо повышенного внимания к своему здоровью и «боязни заболеть» [Смулевич А. Б., 1987], являлись алгическая окраска астенических расстройств, концептуализированный [Матвеев В. Ф., Черносивтов Е. В., 1984] характер жалоб и нозофобические нарушения.

Особенностью клинической динамики являлась быстрая смена манифестного периода первой (астенической) стадией заболевания. Необходимо отметить, что неадекватность лечения и инфекции в качестве прово-

цирующих влияний отмечены у всех обследованных больных.

Клинико-катамнестическое исследование показало, что качественное своеобразие первой стадии заболевания определялось не только утяжелением астеновегетативных нарушений, но и появлением, особенно при наличии тревожно-мнительных черт в преморбидной личности, особых состояний, близких к «ипохондрическим раптусам» [Ануфриев А. К., 1979; Смулевич А. Б. с соавт., 1987]. Они развивались под действием самых разнообразных факторов и характеризовались появлением неприятных ощущений (онемение, ползание мурашек, стягивания, скручивания и др.) в различных частях тела, страха внезапной смерти, тошноты, головокружения, чувства жара или похолодания в конечностях. Больные становились беспокойными и злобными, требовали вызвать скорую помощь, реанимационную бригаду, немедленно созвать консилиум, установить индивидуальный сестринский пост. Одним из существенных факторов, способствовавших фиксации ипохондрических переживаний, являлась малая эффективность лечения у специалистов общесоматической сети.

Продолжительность первой стадии составила $1,54 \pm 0,27$ лет. Изучение больных на второй стадии заболевания показало, что психогенные воздействия (17 чел. — 94,5%) и неадекватность лечения (16 чел. — 88,9%) выступали в качестве первостепенных факторов в прогрессировании нервно-психических нарушений. В то же время роль экзогенно-органических факторов, суммарный вклад которых с учетом сезонных и метеотропных воздействий составил лишь 38,8%, значительно снижалась. Наибольший удельный вес среди психогенных факторов имели ятрогенные влияния (88,9%), основой которых были объективные диагностические затруднения, возникавшие при обследовании больных в лечебно-профилактических учреждениях общесоматического типа. Многочисленные консультации у различных специалистов, противоречивость диагностических заключений, малая терапевтическая эффективность применяемых методов лечения выступали в качестве важнейшей основы «перманентного психологического стресса» [Белов В. П., 1975] и обуславливали формирование реактивно-личностных образований. Чаще всего у больных развивались

ипохондрически-дистимические (66,6%) и истероипохондрические (44,4%) расстройства. Реже выявлялись астеносубдепрессивные (38,9%), истеродистимические (33,3%), дистимико-дисфорические (33,3%) и депрессивно-дисфорические (27,8%) нарушения. Причиной депрессивно-ипохондрических расстройств являлись психотравмирующие переживания, связанные с болезнью или смертью родственников. Они предьявляли массу жалоб ипохондрического характера, отражавших, чаще всего, клинические симптомы заболевания, послужившего причиной смерти или госпитализации родственников.

Ипохондрически-дистимические нарушения возникали в случае присоединения (в результате дополнительных психогенных воздействий) к вышеперечисленной клинической симптоматике раздражительности, чувства внутреннего напряжения, озлобленности.

В структуре истероипохондрических нарушений наряду с ипохондрическими идеями и расстройствами настроения выявлялись капризность, эгоцентризм, вспыльчивость, демонстративность, подчеркнуто пренебрежительное отношение к окружающим. В беседе больные высказывали уверенность о наличии у них редкого и труднодиагностируемого заболевания, аргументируя свою концепцию ссылками на художественную и научно-популярную литературу. Нередко выявлялась склонность к псевдологии, проявлявшаяся не только в изложении несуществующих симптомов заболевания, но и в утверждениях о якобы имевших место консультациях у известных специалистов, производстве сложных диагностических процедур.

При астеносубдепрессивных расстройствах у больных, наряду с нарастанием вялости, слабости, утомляемости, отмечались снижение настроения, подавленность, слезливость, тревожность, неусидчивость. Нередко появлялись идеи снижения собственной социальной значимости, выступавшие в качестве психологически понятных реакций на объективное падение творческой и физической продуктивности. В отличие от типичных депрессивных расстройств у больных отсутствовали чувство тяжести за грудиной, идеи виновности, явления идеаторной и моторной заторможенности. Особенно часто астеносубдепрессивные расстройства выявлялись при необходимости продолжения заведомо бесперспек-

тивной и утомительной работы в вахтовых условиях, в период длительных командировок.

В случае истеродистимических нарушений на первый план в клинической картине заболевания выступали чувство внутреннего напряжения и недовольства окружающими, усиление раздражительности, капризности, театральности, эгоцентризма. Типичной являлась драматизация конфликтов с нанграным, утрированно-демонстративным характером переживания собственной вины и одновременными упреками в адрес родственников и близких. Несмотря на выразительность эмоциональных реакций, массивность сопутствующих вегетативного-вестибулярных расстройств, переживания больных носили неглубокий, поверхностный характер, основной целью которых являлось стремление произвести выгодное впечатление и быть постоянно в центре внимания окружающих.

При дистимико-дисфорических нарушениях больные становились крайне раздражительными, нетерпеливыми, вспыльчивыми. Упрямство, прямолинейность, мелочная злопамятность выступали в качестве важнейших факторов, углублявших и фиксировавших внутрисемейные и производственные конфликты. При сохранении актуальности психотравмирующих переживаний наблюдалось усиление компонентов злобности, ярости, агрессии с оттенком тоски и страха. Если синдромальный полиморфизм реактивно-личностных нарушений был обусловлен различиями в структуре преморбидного характерологического склада, то наличие пессимизма, безысходности, враждебности к окружающим выступали в качестве специфических реакций формирующегося ипохондрического типа ПРЛ и позволяли диагностировать его на начальных стадиях заболевания.

У всех больных (18 чел. — 100%) регистрировались дизцефальные пароксизмы симпатoadреналового или ваго-инсулярного (соответственно 44,6 и 55,6%) типов, в большинстве случаев (66,6%) они появлялись ежедневно или несколько раз в день. В межприступном периоде у 17 больных (94,4%) отмечались нейросоматические нарушения, причем нередко у одного больного выявлялись различные формы нейросоматических расстройств. Чаще всего (72,2%) наблюдались нейродисто-

нические и кардиосенестопатические (55,6%) синдромы.

Существенной особенностью клинической картины на данном этапе развития заболевания являлось заострение (50,0%) преморбидных характерологических черт: прямолинейности, педантизма, подозрительности, тревожности, мнительности и др. Искажение (50,0%) болезненных черт личности заключалось в появлении не свойственного ранее больным повышенного внимания к состоянию своего здоровья. Больные начинали читать популярную медицинскую литературу, справочники, многократно консультироваться у медицинских работников общесоматического профиля. Следует подчеркнуть, что они редко соглашались с мнением даже авторитетных специалистов, поскольку всегда находили известное противоречие между его заключением и описанием данного заболевания в популярной литературе. Необходимо подчеркнуть, что заострение и искажение преморбидных характерологических черт происходило на фоне углубления астеноагрипнических (88,9%), астеноипохондрических (88,9%) астенофобических (61,1%) нарушений. В большинстве случаев (66,6%) на второй стадии можно было выявить преобладание ипохондрических патохарактерологических нарушений, однако у 8 больных (44,4%) отмечалось преобладание патохарактерологических расстройств мозаичного типа.

Продолжительность второго этапа $2,8 \pm 0,61$ лет. Изучение больных на третьей стадии заболевания установило изменение соотношения факторов, обуславливающих прогрессирование нервно-психических расстройств. Так, наряду с высокой значимостью неадекватности лечения (67,4%), инфекций (51,2%), психогенных (37,2%), сезонных (37,2%) и метеотропных (55,8%) воздействий важную роль начинали играть спонтанные обострения заболевания (62,8%), что свидетельствовало о ведущей роли конституционально-биологических факторов на данном этапе ПРЛ.

В клинической картине заболевания по-прежнему важное место занимали астеноагрипнические (93,0%), астеноипохондрические (39,5%), ипохондрически-дистимические (46,5%) и астеносубдепрессивные (39,5%) расстройства, отличавшиеся склонностью к затяжному течению и резистентностью к действию терапевтических

средств. Высокий удельный вес имели дисэнцефальные пароксизмы симпатoadреналового (60,5%) и ваго-инсулярного (39,5%) типов, а также нейросоматические нарушения (100,0%). Однако наибольшую значимость на данном этапе заболевания приобретали нервно-психические расстройства психопатоподобного ранга (83,7%) и признаки общеорганического снижения личности (67,4%). Об этом свидетельствовало наличие у всех больных ипохондрических патохарактерологических нарушений, высокий удельный вес грубых дистимических (55,8%) и дисфорических (23,3%) нарушений. Существенной особенностью клинической картины заболевания явилось наличие сутяжно-паранойяльных (9,3%), истеро-паранойяльных (9,3%) и паранойяльных (9,3%) расстройств.

Исходя из высокой частоты и важной роли в оформлении клинической картины заболевания астенических, дистимических, истероформных и паранойяльных синдромов, представлялось целесообразным выделить астеноипохондрический, дистимико-ипохондрический, истероипохондрический и паранойяльно-ипохондрический варианты ипохондрического типа ПРЛ.

Астеноипохондрический вариант (14 чел. — 32,6%) характеризовался преобладанием в клинической картине заболевания выраженных астеноипохондрических расстройств, выразившихся в чувстве постоянного бессилия при выполнении привычных действий («витальная астения») [Шмарьян А. С., 1946]. Больные отмечали, что даже незначительное умственное или физическое напряжение сопровождалось резкой потливостью, сердцебиением, усилением головных болей, головокружением, тошнотой. Они отличались тревожностью, неуверенностью, мнительностью. В беседе с врачом стремились вызвать сочувствие, поддержку, одобрение. Охотно и скрупулезно принимали назначенное лечение, интересовались механизмом действия лекарств, анализировали их влияние на самочувствие, в то же время сомневались в целесообразности лечения и возможности достижения удовлетворительных результатов. Больные ограничивали ранее обширные контакты, прекращали посещения кинотеатров, просмотры длительных телепередач, мотивируя это чрезмерным утомлением на работе, изнуряющими поездками на транспорте. Однако они отличались

настойчивостью в выполнении разработанного ими щадящего режима (посещение сауны, бассейна и др.), требовали от домашних соблюдения заведенного ими распорядка, отличаясь настойчивостью и упорством в достижении поставленной цели, несмотря на оппозиционное отношение окружающих.

Клинико-динамический анализ позволяет выявить ряд критериев, указывающих на формирование астеноипохондрического варианта уже на начальных этапах развития заболевания. В частности, на этапе структурирования аномальных свойств личности у больных из реактивно-личностных расстройств чаще всего наблюдались астено-субдепрессивные нарушения. У больных, наряду с нарастанием вялости, слабости, утомляемости, отмечались снижение настроения, подавленность, слезливость, тревожность, неуживчивость. Нередко выявлялись идеи снижения собственной социальной значимости, выступавшие в качестве психологически понятных реакций на объективное падение творческой и физической продуктивности. В отличие от типичных депрессивных расстройств у больных отсутствовали чувство тяжести за грудиной, идеи виновности, явления идеаторной и моторной заторможенности. Особенно часто астено-субдепрессивные расстройства выявлялись при необходимости заведомо бесперспективной и утомительной работы в вахтовых условиях, в период длительных командировок и др.

Нередкими как на манифестной, так и на последующих стадиях заболевания были астенофобические расстройства, отличавшиеся нестойкостью, рудиментарностью, зависимостью от интенсивности вазовегетативных и вестибулярных нарушений. Так, провоцируемые различными факторами (жара, духота, длительная езда на транспорте и др.) головокружения, шаткость походки, сердцебиения становились основой для формирования страха закрытых помещений, езды на транспорте, очередей.

Следует подчеркнуть наличие у больных цефалгических нарушений, которые с самого начала приобретали чрезвычайно упорный характер, усиливаясь при действии незначительных эмоциональных или умственных нагрузок, и отличались чрезвычайной терапевтической резистентностью.

Для иллюстрации астенопихондрического варианта приводим следующее клиническое наблюдение.

Больная М., 1946 г. р. Поступила 10.02.85 г., выписана 21.03.85 г.

Анамнез. Наследственность не отягощена. Раннее развитие без осложнений. В трехлетнем возрасте переболела корью в тяжелой форме, после чего в течение года отмечались слабость, вялость, головные боли, плохой сон, аппетит. В дальнейшем состоянии нормализовалось. По характеру была живой, общительной, любила быть в центре внимания. Нравилось внимание и забота старших, однако тяготилась постоянным контролем со стороны матери по соблюдению мер профилактики простудных заболеваний. В частности, не нравилось категорическое требование матери тепло одеваться, несмотря на хорошую погоду, пользоваться верхней одеждой в хорошие летние дни «на случай дождя». В школе училась хорошо, предпочитала литературу, рисование, пение. Имела много друзей. Менструации с 12 лет, умеренные, безболезненные, установились сразу. В 13—14-летнем возрасте стала несколько ранимой, застенчивой, обидчивой, болезненно реагировала на безобидные замечания сверстников, касающиеся ее внимательного отношения к своему здоровью. После школы поступила в финансово-экономический техникум. Работала по специальности. Замужем, имеет двоих детей, взаимоотношения в семье нормальные.

В 1975 г. перенесла черепно-мозговую травму с потерей сознания в течение 30 минут. Лечилась стационарно около месяца, после чего самочувствие улучшилось. Продолжала работать по прежней специальности. Периодически, под влиянием умственных перегрузок отмечала появление кратковременных (3—5 минут) состояний слабости, вялости, головокружения. Стала хуже переносить длительные поездки на транспорте, жару, духоту. Нередко после незначительных психотравмирующих воздействий появлялись тревога, пониженное настроение, ухудшился сон. В 1978 г. тяжело заболела мать (инсульт); длительное время ухаживала за ней, однако, несмотря на все усилия, у матери развилось повторное кровоизлияние. После похорон постоянно испытывала слабость, вялость, головные боли, головокружение. Неоднократно обращалась за медицинской помощью к различным специалистам. Однако лечение оказывалось малоэффективным. Появились мысли о наличии тяжелого заболевания сосудов головного мозга, которое может закончиться инсультом. Не верила врачам, отрицавшим серьезные отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы. Читала научно-популярную медицинскую литературу, откуда почерпнула сведения о ранних признаках ишемической болезни головного мозга, которые в точности соответствовали ее жалобам. Состояние улучшилось после санаторно-курортного лечения, во время которого, по словам больной, ей был поставлен «правильный диагноз» и проведено соответствующее лечение. Продолжала работать по специальности, но перешла на работу со значительно меньшим объемом трудовой деятельности. Много времени уделяла укреплению здоровья (прогулки, посещение бассейна, сауны и др.), постоянно принимала настои различных лечебных трав. До 1980 г. чувствовала себя нормально. Летом 1980 г. была напугана хулиганами, испытывала

сильный страх, сердцебиение, одышку. Вызывала скорую помощь, которая сделала какой-то успокаивающий укол, после чего состояние несколько улучшилось. Однако ночью у больной развился приступ, сопровождавшийся чувством озноба, похолоданием конечностей, дрожью во всем теле, сердцебиением, повышенным артериальным давлением до 150/100 мм рт. ст. Приступ продолжался 2 часа, несмотря на попытки его купирования врачами скорой помощи. Во время приступа была беспокойной, тревожной, настаивала на немедленной госпитализации, испытывала страх смерти. Лечилась в неврологическом отделении медицинского института в течение месяца. Вначале приступы повторялись по нескольку раз в день, к концу лечения они исчезли. Однако в межприступном периоде испытывала сильные головные боли («голову сдавливает обручем», «разрывает мозг»), головокружения с чувством тошноты, вялость, слабость, разбитость. Периодически испытывала неприятные ощущения в области сердца («как будто по сердцу проводят наждачной бумагой»). После выписки приступила к работе. Несмотря на отсутствие приступов, практически постоянно испытывала слабость, потливость, сердцебиение. Стала тревожной, мнительной, на работе категорически отказывалась от выполнения дополнительных заданий. Вновь появились мысли о наличии сосудистого заболевания и возможности развития инсульта. Постоянно прислушивалась к работе сердца, анализировала ощущения со стороны внутренних органов, измеряла артериальное давление и пульс. Боялась оставаться одна дома из-за страха внезапной смерти. Вновь стала читать популярную медицинскую литературу, пришла к убеждению, что страдает ишемической болезнью головного мозга. Неоднократно обращалась за консультациями к известным специалистам, которые единодушно признавали у больной наличие нейроциркуляторной дистонии. Аккуратно принимала назначенные средства, однако удовлетворительного терапевтического эффекта не отмечалось. На работе с трудом справлялась со своими обязанностями, поскольку испытывала выраженные вялость и утомление после одного-двух часов привычной производственной нагрузки. Регулярно принимала настои различных трав. Ежедневно в сопровождении мужа совершала длительные прогулки. Дома отказывалась от просмотра телепередач, мотивируя свой отказ сильной усталостью, утомляемостью и непереносимостью громких звуков. Категорически запретила домашним включать в ее присутствии радио, принимать гостей. Продолжала постоянно обращаться за медицинской помощью в общесоматические поликлиники, неоднократно лечилась стационарно в кардиоцентре и клиниках мединститута. Число дней нетрудоспособности в 1983 г. — 46, в 1984 г. — 94. В связи с неэффективностью лечения была направлена в наше отделение.

Психическое состояние. В контакт вступает охотно. Жалуется на постоянную слабость, вялость, потливость, быструю умственную и физическую истощаемость после незначительной нагрузки. Беспокоят головные боли, преимущественно в лобно-височных областях, сопровождающиеся ощущениями распирания внутри головы и давления на глазные яблоки. Периодически испытывает головокружения с чувством тошноты, ощущениями замирания или остановки сердца, «прострелами» в грудной клетке. Эти

состояния чаще всего наблюдаются вечером, нередко сопровождаясь болями в животе по ходу кишечника, ощущениями нехватки воздуха. После приема пищи испытывает тяжесть в правом подреберье, отрыжку, повышенное образование газов, которое нередко сопровождается вздутием живота. Убедена, что страдает различными соматическими заболеваниями, самое опасное из которых — ишемическая болезнь головного мозга. В доказательство своей правоты приводит разнообразные сведения из научно-популярной литературы. В отделении быстро установила контакты с окружающими. Практически все свободное время проводит в обсуждении особенностей проявлений различных заболеваний, результатов объективных исследований, способов профилактики возможных осложнений. Скрупулезно следит за правильностью раздачи лекарств, постоянно интересуется механизмами их действия. Ежедневно обращается к врачу и заведующему отделением с просьбами о проведении дополнительных обследований. Недоверчиво относится к результатам, отрицающим наличие серьезных соматических заболеваний, просит повторить обследование или консультацию. В отделении дважды наблюдался приступ, сопровождающийся сердцебиением, ощущением озноба, нехватки воздуха, повышением артериального давления до 150/100 мм рт. ст., головокружением. Приступ был купирован введением 2,0 мл реланиума. Под влиянием лечения (гипнотерапия, рефлексотерапия, ноотропы, сосудистые средства, транквилизаторы, ЛФК) состояние нормализовалось: уменьшились слабость, утомляемость, потливость, головокружения, головные боли, исчезло чувство тяжести в правом подреберье, неприятные ощущения в области сердца.

ЭЭГ: снижение индекса до 40%. Признаки раздражения стволово-дизэнцефальных структур.

Невропатолог: сглаженность левой носогубной складки. Девияция языка влево. Оживление сухожильных и периостальных рефлексов. Дизэнцефальный синдром.

Общий анализ крови, мочи в норме. Диастаза мочи = 82 г/ч · л. Диастаза крови = 21 ч/ч · л.

ЭКГ: без патологии.

Терапевт: хронический гастрит.

Окулист: без патологии.

Заключение психолога: профиль ММРІ на уровне 75—90 Т-баллов, код — 1, 2, 3, 6, 7. Признаки снижения темпа психической деятельности, инертности и тугоподвижности мышления. СКР-132, 48.

Катамнез. Повторно находилась на лечении в отделении в 1987 г. По-прежнему считает себя больной, постоянно испытывает слабость, вялость. Регулярно принимает настои различных трав. Посещает группу здоровья. Дважды прошла курс иглорефлексотерапии. Отсутствие прогрессирования сосудистых расстройств объясняет тщательно соблюдаемым щадящим режимом. С работой справляется удовлетворительно.

Анализ наблюдения. Заболевания развиваются у личностей с преобладанием истерических характерологических черт. Об этом свидетельствует указание в анамнезе на такие черты характера, как общитель-

ность, стремление быть в центре внимания, независимость. Характер увлечений (рисование, пение, чтение художественной литературы) также свидетельствует о живости психики, богатом воображении, т. е. о преобладании «художественного типа» по И. П. Павлову. В то же время следует отметить, что указанные характерологические особенности можно оценить в качестве акцентуации, поскольку они не препятствуют социально-производственной и семейной адаптации. Существенной особенностью преморбидного характерологического склада является наличие, наряду с истерическими, личностных черт тормозимого круга (ранимости, застенчивости, обидчивости), наиболее рельефно проявившихся в пубертатном периоде. Если формирование художественного типа можно объяснить действием конституционально-биологических факторов, поскольку они появились на ранних этапах онтогенеза, то в генезе астенических личностных черт немаловажную роль сыграли такие факторы, как резидуальная церебрально-органическая недостаточность после перенесенной коревой инфекции и условия воспитания по типу гиперопеки. После перенесенной в 1975 г. черепно-мозговой травмы легкой степени тяжести у больной отмечается измененные реактивности вегетативно-вестибулярной системы. Об этом свидетельствуют периодически возникающие состояния слабости, непереносимость жары, духоты. Все эти явления можно расценить в качестве инициальных, поскольку на данном этапе развития заболевания мы не наблюдаем возникновения непсихотических нервно-психических расстройств с четко очерченной синдромальной структурой. Существенным для понимания возникновения ипохондрических расстройств является наличие у больной склонности к реакциям тормозимого круга (тревога, пониженное настроение, ухудшение сна), обнаруживаемой уже в инициальном периоде. Манифестация заболевания происходит в 1978 г. под влиянием ряда психотравмирующих воздействий. Ведущим в манифестном периоде являлся астеноипохондрический синдром с его типичными признаками: концентулизованный характер жалоб (считала, что страдает ишемической болезнью головного мозга), разнообразные фобические нарушения (болезнь развития инсульта, страх смерти и др.). Особенностью клинической динамики

заболевания является быстрый переход манифестной стадии в начальную (астеническую). Типичным являлось неоднократное обращение к специалистам различного профиля, недоверие к врачам и в проводимому лечению. С нашей точки зрения, наряду с психологическим фактором (недоверие к врачам после болезни и смерть матери) важную роль в становлении ипохондрических нарушений сыграли как конституционально-биологические факторы (живость воображения, склонность к реакциям тормозимого круга), так и экзогенно-органические воздействия в виде остаточных явлений перенесенной черепно-мозговой травмы, обусловивших повышенную готовность к реакциям астенического круга. Дальнейшее прогрессирование заболевания в 1979 г. (стадия структурирования аномальных свойств личности) связано с острым психотравмирующим воздействием. В то же время анализ клинической картины заболевания выявляет участие дисэнцефальных структур головного мозга в прогрессировании патологического процесса, о чем свидетельствуют частые дисэнцефальные пароксизмы. Самым существенным в клинической картине заболевания является изменение преморбидного психологического склада. На первый план в структуре личности выступает повышенное внимание к своему здоровью, тревожность, мнительность. Больная убеждена в наличии у нее ишемической болезни головного мозга. Разработала особый (щадящий) режим жизни. В 1983—84 гг. происходит стабилизация ипохондрических патохарактерологических черт (ипохондрический сдвиг личности). В этот период все поведение больной подчиняется строгому соблюдению выработанного режима и сопровождается постоянными обращениями к специалистам различного профиля. При обследовании в отделении установлено, что ведущее значение в клинической картине заболевания занимают ипохондрические патохарактерологические расстройства. Содержание общения с окружающими — это непрерывное обсуждение собственной болезни, способов ее лечения и профилактики осложнений. У больной выявляется трудно корригируемая собственная концепция заболевания. В то же время следует отметить, что существование и сложность корреляции собственной концепции заболевания обусловлены наличием у больной нейросоматических нарушений в виде ней-

родистонического и абдоминального синдромов (головокружение, боли по ходу кишечника и др.). Программа лечения, направленная на компенсацию ипохондрических патохарактерологических черт с первоочередным применением психотерапевтических способов воздействия, позволила добиться существенного улучшения состояния с последующей удовлетворительной социально-производственной адаптацией.

Дистимико-ипохондрический вариант (11 чел. — 25,6%) отличался наличием в структуре ипохондрических патохарактерологических нарушений стойких расстройств настроения в виде раздражительности, ворчливости, чувства внутреннего напряжения и недовольства окружающими. Больные жаловались на головные боли, раздражительность, гневливость, появление не свойственных им ранее придирчивости, завистливости, мелочности. Они отмечали, что даже вид здоровых и веселых людей вызывает у них усиление чувства гнева и злобы, головные боли, головокружения. Больные становились крайне эгоцентричными, мелочными, злопаятными. Будучи полностью сосредоточенными на состоянии своего здоровья, они не обращали внимания на самочувствие родственников и близких, отличались назойливостью и скрупулезностью в своих притязаниях. У некоторых больных можно было отметить появление лицемерия, двуличности: оставаясь в кругу знакомых внешне дружелюбными, лстивыми, в семье они становились грубыми, деспотичными, агрессивными, требовали безоговорочного подчинения. На работе были крайне нетерпимы к замечаниям как сотрудников по работе, так и непосредственного руководства. В беседе с врачом фиксировали внимание на результатах предшествующего обследования, указывали на необходимость перепроверки данных путем дополнительного исследования, консультаций и т. д.

Необходимо отметить, что ранняя диагностика дистимико-ипохондрического варианта облегчалась наличием у больных разнообразных дистимических нарушений с самого начала заболевания. Так, уже на манифестной и астенической стадиях у больных наряду с астеноипохондрическими нарушениями выявлялись астенодистимические расстройства, заключавшиеся в возник-

новении чувства внутреннего напряжения, готовности к вспышкам гнева и агрессии. При наличии цефалгических нарушений дистимические расстройства приобрели особенно демонстративный характер, сопровождаясь появлением элементов психической гиперестезии в виде непереносимости обычных звуков, искусственного освещения и других, ранее индифферентных, раздражителей. На этапе структурирования аномальных свойств личности у больных нередко выявлялись дистимико-дисфорические нарушения в форме расстройств настроения с оттенком тоски, злобы и страха [Ганнушкин П. Б., 1933]. Чаще всего указанные нарушения появлялись в результате острых психотравмирующих воздействий (болезнь или смерть родственников, семейно-бытовые конфликты и др.), сопровождавшихся массивными вегетативно-вестибулярными, дисцефальными и нейросоматическими нарушениями. Больные становились мрачными, угрюмыми, малообщительными, обвиня окружающих в черствости, бездушии, некомпетентности. Они требовали немедленного стационарирования в ведущие научно-исследовательские учреждения страны с целью определения «истинного» характера заболевания и последующего наказания медицинских работников, «виновных» в «несвоевременной» диагностике тяжелейших, по их убеждению, соматического заболевания. У ряда больных выявлялись депрессивно-дисфорические расстройства в виде актуализации идей бесперспективности и никчемности существования, краха служебной карьеры, семейного благополучия. Указанные нарушения не сопровождались появлением тяжести за грудиной, идеаторной и моторной заторможенностью, редуцируя после исчезновения и сглаживания психотравмирующей ситуации.

Для иллюстрации дистимико-ипохондрического варианта приводим следующее клиническое наблюдение.

Больной К., 1944 г. р. Поступил 5.01.84 г., выписан 11.02.84 г. Анамнез. Наследственность не тягостна. Ранее развитие без особенностей. Переболел всеми детскими инфекциями в легкой форме. По характеру был скромным, покладистым. В школу пошел вовремя, учился удовлетворительно. После окончания 8 классов работал в колхозе, одновременно учился в вечерней школе, увлекался спортом. По характеру стал более общительным, независимым в своих суждениях и поступках, настойчив в достижении

поставленной цели. Служил в армии, отличался аккуратностью, исполнительностью. После демобилизации переехал в Томскую область, работал машинистом в леспромхозе. Неоднократно премировался за хорошую работу. Женится в возрасте 21 года, взаимоотношения в семье сложились нормально, имеет одного ребенка. В 1974 г. перенес черепно-мозговую травму с потерей сознания в течение 1 часа. Лечился амбулаторно 1,5 месяца, самочувствие улучшилось. Приступил к работе, удовлетворительно справлялся с производственными заданиями, стал хуже переносить жару, духоту, длительные поездки в автотранспорте. Нередко на фоне усталости появлялись раздражительность, неуверенность, тревожность. Состояние ухудшилось в 1976 г., когда после гриппа почувствовал слабость, вялость, утомляемость, появились бессонница, кошмарные сновидения. Периодически испытывал резкие головные боли («сдавливает и сверлит виски», «разрывает лоб» и т. д.), головокружения, неприятные ощущения в области грудной клетки, чувство замиранья и остановки сердца. Во время таких приступов становился тревожным, беспокойным, раздражительным, вызывал скорую помощь, требовал немедленной отправки в областной центр, госпитализации и т. д. Считал себя тяжело больным, лечился в ЦРБ, патологии со стороны внутренних органов не выявлено. По совету знакомых прошел курс иглорефлексотерапии у одного из «народных целителей». Состояние улучшилось, в течение года чувствовал себя хорошо. Активно занимался сбором лекарственных трав, читал популярную медицинскую литературу, к врачам относился с недоверием и пренебрежением. Состояние ухудшилось в 1978 г. во время лечения в одном из санаториев Черноморского побережья Кавказа, где у больного была диагностирована «функциональная миокардиопатия с явлениями миокардиодистрофии и признаками нарушения сердечного ритма» (выписка из амбулаторной карты). Во время платной консультации профессора-кардиолога больному было якобы сказано, что «сердце у него как у 70-летнего старика». Появилась озлобленность по отношению к врачам, «запустившим» серьезное заболевание. Стал мнительным, тревожным, раздражительным, постоянно прислушивался к работе сердца, боялся оставаться один в палате, испытывал страх внезапной смерти. Периодически, 1—2 раза в неделю, наблюдались приступы с ощущением жара или озноба, сопровождавшиеся сердцебиением, чувством нехватки воздуха или остановки сердца и заканчивавшиеся учащенным мочеиспусканием. В течение 1978—1980 гг. постоянно посещал врачей различных специальностей, требовал углубленного обследования и лечения. С недоверием и раздражением воспринимал результаты обследований, отрицавших наличие патологии. При чтении популярной медицинской литературы обнаружил у себя различные заболевания: ишемическую болезнь сердца, нейроциркуляторную дистонию, гипоталамический синдром и др. В 1980 г. лечился в неврологическом отделении областной клинической больницы, выписан с диагнозом: «последствия травматического поражения головного мозга. Гипоталамический синдром». После выписки некоторое время чувствовал себя хорошо, затем вновь возникли раздражительность, тревога и опасение за состояние своего здоровья, страх внезапной смерти, убежденность в прогрессировании заболеваний сердца и головного

мозга. Разработал «режим оздоровления», включавший в себя двухразовое (весной и осенью) лечение в ЦРБ с обязательным использованием дефицитных препаратов (лидаза, настойки золотого корня, женьшеня и др.), курса иглорефлексотерапии, а также регулярное посещение сауны, прием настоев и отваров различных трав. В летнее время выезжал по профсоюзной путевке в один из южных санаториев. В период 1980—1984 гг. ежегодно в течение 4—5 месяцев находился на больничном листе. В это же время резко ухудшились взаимоотношения в семье и на производстве. Упрекал жену в нежелании помочь восстановить пошатнувшееся здоровье, обвинял руководство леспромхоза в негуманном отношении к работнику, получившему производственную травму. В связи с неэффективностью лечения в учреждениях общесоматической сети был направлен на лечение в наш институт.

Психическое состояние. В контакт вступает охотно. Подробно, с массой второстепенных деталей излагает историю своего заболевания, фиксирован на «халатности» и некомпетентности врачей, своевременно не диагностировавших у него ряд «серьезных» заболеваний. В подтверждение своей правоты предъявляет многочисленные выписки из медицинской документации, причем отсутствие патологии в некоторых из них является бесспорным доказательством «недобросовестного» к нему отношения ряда медицинских работников. Убежден, что у него имеются миокардиодистрофия и последствия перенесенной черепно-мозговой травмы. При попытке коррекции высказываний становится раздражительным, озлобленным, обвиняет врача в нежелании разобраться в его заболевании. Жалуется на раздражительность, вспыльчивость, чувство постоянного внутреннего напряжения и недовольства окружающими. Беспокоят головные боли распирающего характера, сопровождающиеся головокружениями, тошнотой, неприятными ощущениями со стороны сердца, тревогой и страхом внезапной смерти. Периодически, 1—2 раза в неделю, наблюдаются приступы с ощущениями жара или озноба, чувством нехватки воздуха и остановки сердца, заканчивающиеся учащенным мочеиспусканием. В отделении в первые дни пребывания раздражен, легко возбудим, предъявляет массу претензий к персоналу. Считает себя тяжело больным, требует особого отношения. Постепенно состояние улучшилось: нормализовался сон, значительно уменьшились раздражительность, вспыльчивость, тревожные опасения за состояние своего здоровья, исчезли приступы с ощущением жара или озноба. Охотно посещал диагностические кабинеты, «узких» специалистов, оставаясь несколько навязчивым, недоверчивым в обсуждении результатов обследований. Под влиянием рациональной и коллективной психотерапии исчезла убежденность в наличии «запущенного» заболевания, появилась критика к своему состоянию, реальные планы восстановления межличностных отношений в семье и на производстве.

ЭКГ: ритм синусовый. Признаки нерезко выраженной гипоксии миокарда.

ЭЭГ: снижение альфа-индекса до 30—25%, доминирование на фоновой ЭЭГ бета-активности. Сглаживание региональных различий в распределении альфа-волн. Признаки раздражения стволородиэнцефальных структур, наиболее четко выступающие после применения функциональных проб.

Невропатолог: горизонтальный устойчивый нистагм. Оживление сухожильных и периостальных рефлексов.

Терапевт: нейроциркуляторная дистония по смешанному типу. Данных о наличии кардиальной патологии нет.

Окулист: ангиопатия сосудов сетчатки.

Заключение психолога: профиль ММРІ на уровне 65—90 Т-баллов. Код — 1—3, 6, 7. Признаки снижения темпа психической деятельности, инертности и тугоподвижности мышления. СКР — 134, 53.

Катамнез. Повторно находился на обследовании и лечении в отделении в 1986 г. Дважды в год без оформления б/л проводит курсы дегидратационно-рассасывающей и ноотропной терапии. Регулярно занимается аутотренингом. Взаимоотношения в семье и на работе нормализовались. Состояние ухудшилось в связи со смертью отца; после курса терапии состояние нормализовалось.

Заболевание возникло у личности с наличием в доболезненном периоде черт гиперсоциальности [Мауц Ф., 1930] в виде аккуратности, исполнительности, настойчивости. После перенесенной черепно-мозговой травмы средней тяжести (потеря сознания около 1 часа) у больного отмечалось изменение реактивности вегетативно-сосудистой и вестибулярной систем, развитие астенических и аномальных личностных реакций в форме не свойственной ранее больному утомляемости, тревожности. Заболевание манифестировало с астеногриппнических расстройств спустя два года после черепно-мозговой травмы под влиянием перенесенной гриппозной инфекции. В структуре астеноипохондрического синдрома с самого начала обращали на себя внимание алгический характер головных болей, наличие «ипохондрических раптусов», нозофобических нарушений, концептуализированный характер жалоб. Типичным для формирования ипохондрического типа ПРЛ являлось повышенное внимание больного к состоянию своего здоровья, интерес к различным методам оздоровления, популярной медицинской литературе, стремление, несмотря на недоверие к официальной медицине, к многочисленным обследованиям и консультациям. Прогрессирование нервно-психических расстройств и переход заболевания во вторую стадию были связаны с ятрогенной. У больного наблюдалось появление реактивно-личностных расстройств в форме дистимико-ипохондрического синдрома, диэнцефальных параксизмов и нейросоматических нарушений, а также усиление тревожно-мнительных черт

личности. Стабилизация ипохондрических патохарактерологических черт сопровождалась формированием убежденности в наличии серьезного заболевания сердца и головного мозга, созданием системы оздоровления, в которой, наряду с «народными средствами», больной умело использовал возможности официальной медицины и социального страхования. В то же время следует подчеркнуть, что ипохондрические идеи у больного на всем протяжении заболевания носили сверхценный характер, поскольку отражали, пусть в несколько утрированной форме, наличие реальных отклонений в сердечно-сосудистой и нервно-психической сферах. Касаясь определения клинического варианта, необходимо отметить, что наибольшее влияние на механизмы социальной адаптации оказывали дистимические расстройства, наличие которых необходимо учитывать при построении индивидуальных реабилитационных программ.

При истеро-ипохондрическом варианте (13 чел. — 30,2%) наблюдалось нарастание ипохондрической симптоматики вследствие утрированной гиперболизации и субъективной интерпретации незначительных по своему объективному содержанию вегетативно-вестибулярных расстройств. Для этой группы больных были наиболее типичными яркость и полиморфизм предъявляемых жалоб, отражавших патологию практически всех органов и систем. Для передачи своих ощущений больные прибегали к различного рода сравнениям, призванным, по их мнению, привлечь внимание врача к экстраординарности имеющейся патологии. В отличие от лиц с истероформным типом ПРЛ больные с истероипохондрическим вариантом ипохондрического типа не стремились диагностировать у себя «модную» или «престижную» болезнь, достать редкое лекарство, освоить популярную (чаще всего заимствованную из восточной медицины) систему оздоровления. Жалобы больных постепенно, особенно по мере снижения критических способностей, приобретали примитивный, гротескный характер. Их изложение, особенно в кругу больных, теряло яркость, красочность, стремление к сочувствию и поддержке окружающих, приобретая характер примитивного морализирования и менторски покровительственного нравоучения: «врачи ошиблись, я своевременно не лечилась и вот

что из этого вышло». Объективное подтверждение каких-либо отклонений в деятельности организма (изменение частоты пульса, дыхания, колебания артериального давления и др.) вызывало у больных тревогу, беспокойство, снижение настроения, усиливало убежденность в наличии серьезного заболевания. Несмотря на недоверчивое отношение к медицине, они настойчиво требовали назначения «эффективных» препаратов, угрожая, в случае отказа, обращением в вышестоящие организации с целью «наведения должного порядка». После стационарного лечения они продолжали посещать лечебные учреждения общесоматического профиля, но предпочитали лечиться «народными средствами». При этом ухудшенные состояния связывали с «необдуманным» приемом «химии», тогда как незначительное улучшение самочувствия полностью объясняли чудодейственным влиянием различных отваров. Важно подчеркнуть, что в вышеописанных случаях отмечалось формирование патохарактерологических расстройств ипохондрического круга, тогда как истерические нарушения отражали синдромальные особенности заболевания.

У лиц с истероипохондрическим вариантом уже на начальных этапах заболевания выявлялись капризность, эгоцентризм, демонстративность, подчеркнуто пренебрежительное отношение к окружающим. Убежденность в наличии у них редкого и труднодиагностируемого заболевания они аргументировали ссылками на художественную и научно-популярную литературу. Ипохондрические нарушения с самого начала сопровождались псевдологией, проявляющейся не только в изложении несуществующих симптомов заболевания, но и в утверждениях о якобы имевших место консультациях у известных специалистов, производстве сложных диагностических процедур и др. Типичной являлась драматизация конфликтов с утрированно-демонстративным характером переживания собственной вины и одновременными упреками в адрес родственников и окружающих. Однако нередко больные действительно неоднократно обследуются в стационарах, консультируются у многих специалистов. Истерические расстройства в этих случаях проявляются в виде навязчивого стремления привлечь к себе внимание окружающих необычностью заболевания или

являются инструментом воздействия на окружающих с целью их подчинения.

Для иллюстрации истеро-ипохондрического варианта приводим следующее клиническое наблюдение.

Большая Н., 1937 г. р., поступила 6.02.83 г., выписана 09.04.83 г.
Анамнез. Наследственность не отягощена. В раннем детстве отличалась капризностью, эгоистичностью, возбуждённостью. Учеба давалась легко, любила быть в центре внимания. После школы окончила педагогический институт, работает по специальности. Замуж вышла по любви, от брака имеет одного ребенка. В 1976 г. перенесла черепно-мозговую травму с потерей сознания на 10—15 минут. Лечилась стационарно в течение трех недель. После выписки около трех недель беспокоили слабость, вялость, быстрая утомляемость; в последующем эти явления прошли. В 1978 г. — повторная черепно-мозговая травма без потери сознания, но сопровождавшаяся головной болью, головокружением, тошнотой. Лечилась амбулаторно, получала дегидратационно-рассасывающее лечение, ноотропы. Состояние после выписки было удовлетворительным. Через некоторое время заметила, что хуже стала переносить жару, духоту, поездки на транспорте. Весной 1980 г. после переутомления на работе появились головные боли приступообразного характера, сопровождавшиеся тошнотой, непереносимостью света, громких звуков. Ухудшился сон, особенно засыпание. Ночью часто просыпалась из-за различных звуков (шум проходящего транспорта, стуки за стеной и др.). Постоянно испытывала раздражительность, чувство недовольства окружающими, резко ухудшились взаимоотношения в семье и на работе. Летом после санаторно-курортного лечения самочувствие улучшилось, однако осенью вновь появились головные боли, слабость, утомляемость, раздражительность. Постоянно обращалась за помощью в районную поликлинику, где был поставлен диагноз: «нейроциркуляторная дистония». С осени 1980 г. приступы головной боли стали сопровождаться сердцебиением, ознобом, повышением артериального давления до 150/100 мм рт. ст. Лечилась стационарно в неврологическом отделении мединститута. Выписана с диагнозом «церебральный арахноидит с частыми дисцифальными пароксизмами». В это же время больной было предложено обратиться к психиатру для проведения курса психотерапии. Была крайне недовольна лечением, обратилась в обздравотдел с просьбой о направлении в научно-исследовательский институт с целью углубленного обследования и лечения. Находилась на обследовании в НИИ кардиологии и НИИ онкологии Томского научного центра, где был подтвержден диагноз церебрального арахноидита. Однако самочувствие больной оставалось неудовлетворительным: 1—2 раза в неделю появлялись приступы с ощущением жара или озноба, повышением артериального давления и др. В манифестном периоде беспокоили неприятные ощущения в области сердца, правого подреберья. Стала читать научно-популярную литературу, настойчиво обращалась в районную поликлинику, требовала постоянного наблюдения, проведения различных исследований. Был поставлен диагноз: «хронический гастрит. Неспецифический язвенный колит». Разработала себе специальную диету. Часто лечилась на различных курортах. Продол-

жала работать по специальности, однако резко сузила объем преподавательской деятельности, а вскоре перешла на должность методиста детского сада. Практически всю домашнюю работу переложила на мужа, требовала от домашних строгого соблюдения тишины и порядка. Категорически запрещала приглашать в дом знакомых и родных, в то же время охотно посещала своих знакомых, излагая им подробности своих многочисленных обследований и консультаций. Состояние ухудшилось осенью 1982 г. Вновь появились утомляемость, слабость, раздражительность, вспыльчивость, мысли о наличии тяжелого и неизлечимого заболевания, «неумолимо ведущего к роковому концу». После неприятного разговора с коллегами по работе внезапно испытала удушье, сильное сердцебиение, страх смерти, чувство похолодания в конечностях. Умоляла окружающих срочно созвать консилиум, т. к. один специалист будет не в состоянии разобраться в ее состоянии и «спасти ей жизнь». Была госпитализирована в клинику мединститута, где находилась на лечении в течение трех недель. Выписана с диагнозом «Органическое поражение головного мозга. Дизцефальный синдром». Было вновь рекомендовано обратиться к психиатру. После выписки самочувствие улучшилось незначительно. Постоянно посещала врачей общесоматической сети. В связи с неэффективностью лечения в общесоматической сети была направлена на лечение в отделение пограничных состояний.

Психическое состояние. Спокойна. В контакт вступает охотно, держится несколько кокетливо. Выражение лица скорбное, страдальческое. Голос тихий, маломодулированный. Предъявляет жалобы на головные боли приступообразного характера, начинающиеся с ощущения давления в височных областях и постепенно охватывающие всю голову. Во время приступа ощущает сильное давление внутри головы («голову разрывает, как паровой котел»), пульсацию в затылочной области («по затылку бьют как молотком»). Почти постоянно во время приступа появляется туман перед глазами, ухудшается зрение, возникает тошнота, головокружение. Нередко во время приступа головной боли внезапно появляется ощущение жара или холода, повышается артериальное давление, учащается пульс. Практически постоянно беспокоят неприятные ощущения в животе, преимущественно в области правого подреберья, распространяющиеся в область позвоночника, при незначительной физической нагрузке появляется ощущение нехватки воздуха, боли в области сердца, сердцебиение, головокружение, страх смерти. В этот период вынуждена была вызывать скорую помощь, так как самостоятельно не могла купировать подобные приступы. Считает себя тяжелобольной, постоянно подчеркивает неординарность имеющейся у нее патологии. В процессе беседы заметно активизируется, мимика становится оживленной, выразительной, несколько театральной и манерной. Уверяет, что пришла в клинику с «последней надеждой на проницательность и гуманизм врачей». При обсуждении причин и характера имеющихся патологических отклонений демонстративно, с преувеличенным вниманием выслушивает врача, говорит: «Спасибо, доктор, позвольте изложить мне свое понимание моих болезней, ибо я уверена, что вы поймете меня правильно и разберетесь в моем несчастном «букете». Убедена, что головные боли являются результатом посттравмати-

ческой гипертонии, а имеющийся рубец обуславливает не только мучительный характер болевых ощущений, но и резистентность ко всякого рода лечебным воздействиям. Говорят, что в результате многочисленных консультаций и чтения «серьезной» литературы разработала себе особую диету. В отделении первое время демонстративна, стремится к сочувствию окружающих. Через три дня после поступления в стационар у больной отмечался приступ, начавшийся с сердцебиения, чувства озноба, повышения артериального давления до 150/100 мм рт. ст. С целью купирования приступа больной было введено 2,0 раствора реланиума с 20,0 раствора глюкозы внутривенно. Вскоре после инъекции указанные явления исчезли. Однако через 15—20 минут у больной появились чувство перебоев и остановки сердца, ощущение жара, уменьшилась частота пульса. Во время приступа была беспокойной, тревожной, испытывала страх смерти, умоляла врачей срочно созвать консилиум, отправить ее в реанимацию. После введения 2,0 седуксена с 10,0—2,0% раствора эуфиллина внутривенно приступ был купирован. В результате проведенного лечения (гипноз, пирроксан 60 мг в сутки, ноотропил 2—4 г в сутки, дегидратационно-рассасывающая терапия, витамины, ЛФК, настойка валерианы и золотого корня) состояние больной улучшилось: исчезли приступы, нормализовалось настроение, улучшился сон, появилась вера в возможность выздоровления.

ЭЭГ: дезорганизация би-электрической активности головного мозга. Снижение альфа-индекса до 30—40%, сглаживание региональных различий в его распределении. После функциональных нагрузок выявляются признаки раздражения стволово-диэнцефальных областей.

ЭКГ: без существенных отклонений от нормы.

Невропатолог: асимметрия носогубных складок, девиация языка влево. Оживление сухожильных и периостальных рефлексов $D > S$.

Терапевт: хронический гастрит, хронический холецистит в стадии компенсации.

Окулист: ангиопатия сосудов сетчатки по гипертоническому типу.

Заключение психолога. Профиль ММП1 расположен на уровне 70—90 Т-баллов; код 1, 2, 3, 6. Характер профиля указывает на склонность больной к ипохондризации, повышенной готовности к реакциям депрессии, тревоги, которые чаще всего имеют необоснованный характер и возникают по механизму «визуализации представлений». Повышение уровня шестой шкалы свидетельствует о наличии психической ригидности, что может быть причиной затяжного течения нервно-психических расстройств.

Катамнез. Обследована в 1987 г. Состояние удовлетворительное. Сообщила, что соблюдает режим питания, двигательной активности, регулярно принимает травы. Дважды (в 1984—1985 гг.) лечилась амбулаторно в нашем институте. Получала ноотропил, витамины, проводился курс сочетанного применения акупунктуры и гипноза. Убедена, что только такое внимание к своему здоровью способствовало профилактике обострения ее многочисленных заболеваний.

Диагноз: ипохондрическое патологическое развитие личности в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. Стадия патохарактерологического сдвига, истероипохондрический вариант.

Анализ случая. Заболевание развивается у личности с преобладанием в преморбидном периоде истеро-возбудимых черт, о чем свидетельствуют такие характерологические особенности, как капризность, эгоистичность, возбудимость, стремление быть в центре внимания. Заболевание манифестирует в 1980 г. с астеноцефалгических и астеногриппических расстройств. Появление нервно-психической симптоматики находится в тесной причинной зависимости от перенесенных ранее (в 1976 и 1978 годах) двух черепно-мозговых травм легкой степени тяжести. Особенностью данного клинического наблюдения являлась быстрая трансформация манифестных нервно-психических расстройств в начальную (астеническую) и, далее, в стадию структурирования аномальных свойств личности. Уже осенью 1980 г. к астеническим расстройствам присоединяются диэнцефальные приступы, обусловленные, по всей вероятности, церебральным арахноидитом. Однако следует обратить внимание на тот факт, что больной после лечения в неврологическом отделении было предложено обратиться к психотерапевту, т. е. уже тогда врачами была установлена зависимость выраженности клинической симптоматики от личностных и социально-психических факторов. Типичным для формирующихся ипохондрических расстройств являлось недоверие к врачам, подозрительность, повышенный страх и тревога за свое здоровье. Появлению и фиксации чувства убежденности в наличии особого заболевания, которое не могут диагностировать врачи, способствовали разнообразные нейросоматические нарушения. Существенной особенностью нейросоматических нарушений являлось наличие минимальных отклонений, выявляемых со стороны внутренних органов, несмотря на полиморфизм предъявляемых больной жалоб. В результате многочисленных консультаций и обследований выявлены хронический гастрит, хронический гастродуоденит, нейроциркуляторная дистония, неспецифический язвенный колит, причем во всех выписках указывается на функциональный характер нарушений и отсутствие объективно выявляемой патологии. То же самое мы наблюдаем в анализируемом случае. Указание на наличие церебрального арахноидита, с нашей точки зрения, свидетельствует не о тяжести церебрально-органического поражения, а о возникающих

диагностических затруднениях и совпадает с мнением Е. М. Мачерет, И. З. Самосюк (1986). Кроме того, обнаруживается определенная диссоциация между характером предъявляемых жалоб и выявленной патологией со стороны внутренних органов. Однако, несмотря на многочисленные консультации специалистов общесоматической сети, подтверждающих функциональный характер имеющихся расстройств, больная продолжает упорно добиваться направления в научно-исследовательские институты, резко меняет свой образ жизни, разрабатывает особую диету. Причем в этот период ипохондрические нарушения становятся постоянными и как бы «вписываются» в структуру патохарактерологических изменений, что позволяет говорить об ипохондрическом сдвиге личности. Указанные личностные расстройства определяют взаимоотношения с окружающими, образ жизни и поведение больного. В отделении, помимо сверхценного отношения к своему здоровью и убежденности в наличии труднодиагностируемого заболевания, у больной выявлялись дизэнцефальные приступы, нейросоматические расстройства в форме нейродистонического, кардиосенестопатического и абдоминального синдромов. Обращало на себя внимание несоответствие между обилием жалоб и незначительным характером объективно выявляемых расстройств со стороны соматической сферы, которые тем не менее являлись основной причиной частого обращения к специалистам общесоматического профиля и утраты значительного количества дней трудоспособности. Лечебные мероприятия, прежде всего психотерапевтические, направленные на коррекцию отношения к своим болезненным переживаниям, а также фармакотерапия резидуальных церебрально-органических расстройств дизэнцефальной локализации обусловили стойкую компенсацию патологического процесса с восстановлением механизмов социально-производственной адаптации.

Выделение паранойяльно-ипохондрического варианта (5 чел. — 11,6%) обусловлено существованием особой группы больных, в клинической картине которых ведущее место занимали сутяжно-кверуляньские расстройства. Употребление термина «паранойяльный» отражало не наличие расстройств субпсихотического или психотического ранга, а существование монотематич-

ной, ригидной и трудно корректируемой системы доказательств имеющегося тяжелого и неизлечимого недуга. Все больные, как правило, имели собственную концепцию заболевания (эпилепсия, рассеянный склероз, опухоль мозга и др.), подкрепленную выписками результатов многочисленных лабораторных и клинических исследований. Следует отметить, что больные стремились получить консультации известных специалистов, имеющих ученую степень или занимающих высокую административную должность, пользующихся авторитетом среди медицинских работников. Они добивались тщательного всестороннего обследования, проведения сложных диагностических процедур (биопсия почек, селективная коронарокардиография и др.) вплоть до оперативных вмешательств. В общении эти больные были жесткими, ригидными, требовали к себе особого внимания. Они скрупулезно следили за правильностью выполнения медицинским персоналом назначений врача, соблюдения антисептики и т. д. При отсутствии результатов исследования, подтверждающих точку зрения больных, они настойчиво обращались в вышестоящие инстанции с жалобами на некомпетентность врачей, требовали направления в центральные НИИ для «углубленного» обследования. В семье больные отличались крайней эгоцентричностью, тщательно соблюдали составленный распорядок (режим питания, сна, прогулок и др.), требовали к себе повышенного внимания. Важно подчеркнуть, что реальные патохарактерологические и церебрально-органические нарушения, являвшиеся основной причиной внутрисемейных и производственных конфликтов, не осознавались больными и не являлись причинами обращения за медицинской помощью.

Для иллюстрации ипохондрически-паранойяльного варианта приводим следующий клинический случай.

Больной 3., 1945 г. р. Поступил 8.04.84 г., выписан 25.05.84 г. Анамнез. Наследственность не отягощена. Переболел всеми детскими инфекциями в легкой форме. С детства отличался повышенной возбудимостью, агрессивностью долго помнил обиды. В школе всегда был лидером, не терпел чьего-либо превосходства. Увлекался спортом. Окончил 10 классов и строительный техникум. Служил в армии. В первое время имели место конфликты со старослужащими, впоследствии отношения наладились. После демобилизации работал по специальности. Успешно справлялся с производственными обязательствами, проявляя организаторские спо-

способности. Работая бригадиром, постоянно отказывался перейти на более высокую административную должность. Женится в возрасте 23 лет. Взаимоотношения в семье нормальные, имеет двух детей. В 1977 г. перенес черепно-мозговую травму с потерей сознания длительностью 30—40 минут. Лечился стационарно в нейрохирургическом отделении в течение месяца с диагнозом «сотрясение головного мозга легкой степени». После выписки первое время чувствовал себя хорошо, однако через год стал замечать головные боли, слабость, вялость, утомляемость в период резкой смены погоды, после длительного пребывания в душном помещении, стояния в очередях и др. Во время длительных поездок на автотранспорте, связанных с выполнением производственных обязанностей, нередко появлялось чувство «дурноты». Обследовался у нейрохирурга и невропатолога. Был поставлен диагноз: «нейроциркуляторная дистония смешанного типа». Прошел курс лечения в общесоматической поликлинике, получал ноотропы, общеукрепляющие и седативные средства, после чего самочувствие улучшилось. Весной 1981 г. был избит неизвестными людьми (предположительно «шабашниками», которым он резко снизил расценки за качество выполненной работы). Отмечалась потеря сознания продолжительностью 5—10 минут, лечился в стационаре в течение трех недель с диагнозом «сотрясение головного мозга легкой степени». После выписки испытывал вялость, слабость, потливость, головные боли. С трудом справлялся со своими производственными обязанностями. В то же время настойчиво добивался ускорения расследования дела по его избитию. Требовал привлечения к ответственности конкретных лиц, хотя не имел доказательств их виновности. Во время одного из неприятных разговоров в милиции у больного возник приступ, сопровождавшийся сердцебиением, чувством озноба, повышением артериального давления. Испытывал сильный страх смерти, требовал немедленной госпитализации, умолял врачей скорой помощи спасти ему жизнь. Был госпитализирован в неврологическое отделение медицинского института, где находился на лечении в течение трех недель с диагнозом «диэнцефальный синдром». В это же время по-прежнему постоянно звонил в милицию, интересовался ходом следствия. Появилась убежденность в том, что работники милиции не заинтересованы в «объективном» расследовании, а врачи — в правильной оценке тяжести его состояния. После выписки из стационара лечился амбулаторно, одновременно добиваясь в вышестоящих инстанциях быстрого привлечения виновных к ответственности. Периодически, 1—2 раза в месяц, у больного отмечались приступы с ощущением жара или озноба, сопровождавшиеся сердцебиением, повышением артериального давления 150/100 мм рт. ст. В межприступное время беспокоили головные боли, головокружения, периодические сердцебиения. Постоянно обращался за консультациями к специалистам общесоматической сети. Крайне недоверчиво относился к их заключениям, в которых констатировалось наличие у больного «вегетативно-сосудистой дистонии», «нейроциркуляторной дистонии» и др. Перестал обращаться в милицию и прокуратуру с требованиями о немедленном розыске преступников, решив сосредоточить свое внимание на восстановлении здоровья. Стал читать научно-популярную литературу. Пришел к заключению, что

страдает диэнцефальной эпилепсией, которая впоследствии может перейти в классическую форму с развернутыми эпилептическими припадками и последующим развитым слабоумием. Был крайне недоволен мнением специалистов, отрицавших у него наличие диэнцефальной эпилепсии. Постоянно обращался в обздравотдел с просьбами о направлении его в головные научно-исследовательские учреждения городов Москвы и Ленинграда для установления «истинного диагноза» и соответствующего лечения. В этот период заметил у себя усиление вспыльчивости, раздражительности, а также появление не свойственных ему ранее тревожности, мнительности, неуверенности, подозрительности. В 1983 г. был проконсультирован специалистами в НИИ им. В. М. Бехтерева г. Ленинграда. Был поставлен диагноз: «Органическое поражение головного мозга посттравматического генеза со стойкими ипохондрическими расстройствами. Диэнцефальный синдром». Был крайне недоволен этой консультацией, оставался убежденным в наличии у него диэнцефальной эпилепсии. Составил себе особый режим дня, в котором строго чередовались периоды работы и отдыха, а также особый режим питания, включавший бессолевую, растительную диету. Принимал настои трав, обладающих успокаивающим и противосудорожным действием (пижма, ковыль, валериана, пустырник и др.), однако приступы повторялись с частотой 1—2 раза в месяц. Для уточнения диагноза и лечения был направлен в наше отделение.

Психический статус. В беседе держится несколько напряженно, недоверчив, подозрителен. На вопросы отвечает после некоторой задержки, тщательно обдумывая ответы. Выражение лица хмурое, недовольное. Предъявляет жалобы на слабость, вялость, головные боли, головокружения, приступы сердцебиения, сопровождающиеся чувством жара или озноба, повышением артериального давления до 140/100 мм рт. ст. Во время приступа испытывает страх потери сознания, смерти в результате разрыва мозговых сосудов или внезапной остановки сердца. Считает, что страдает диэнцефальной эпилепсией, которая сформировалась в результате перенесенных черепно-мозговых травм. В доказательство своей правоты приводит выписки из монографий, научно-популярных статей. Требует проведения пневмоэнцефалографии, которая «выявит наличие рубцов в головном мозгу». В отделении общается только с теми больными, которые разделяют его точку зрения в отношении наличия у него диэнцефальной эпилепсии. Постоянно перепроверяет правильность и своевременность раздачи персоналом медикаментов. При обсуждении результатов обследования категорически отбрасывает данные, не укладывающиеся в его концептуальную схему. В то же время стремится фиксировать внимание врача на второстепенных деталях, которые, по его мнению, имеют решающее значение. Так, обнаружив в описании электроэнцефалограммы указания на появление медленноволновой активности при функциональной нагрузке, заявил, что эти данные свидетельствуют о наличии очага эпилептической активности в диэнцефальной области. После приема пирроксана (60 мг/сут), этаперазина (20 мг/сут) стал значительно мягче, спокойнее, доступнее рациональной психотерапии. Во время сеансов рациональной психотерапии спокойно выслушивал доводы врача, однако, формально соглашаясь с ними, просил провести дополнительное электроэнцефалографиче-

ское или патопсихологическое исследование. Приступов в отделении не было. Через три недели включился в занятия аутотренингом, потому что где-то читал, что эпилепсию можно победить «силой воли». Охотно прошел курс рефлексотерапии, т. к. был убежден, что воздействие на биологически активные точки способно подавить эпилептический очаг в головном мозге. Выписался в удовлетворительном состоянии.

ЭЭГ: диффузные нарушения биоэлектрической активности головного мозга, снижение альфа-индекса на 15—20%, сглаженность региональных различий в его распределении. При функциональных пробах выявляются признаки недостаточности стволово-диэнцефальной области в виде возникновения единичных медленных волн дельта-диапазона в лобной области.

ЭКГ: без отклонений от нормы.

Невропатолог: сглаженность правой носогубной складки. Девиация языка вправо. Установочный нистагм. Снижение брюшных и оживление сухожильных рефлексов.

Терапевт: нейроциркуляторная дистония по гипертензионному типу.

Окулист: гипертензионная ангиопатия сосудов сетчатки.

Заключение психолога: профиль МНРУ расположен на уровне 80—90 Т-баллов. Код — 1, 2, 3, 6, 9. В познавательной сфере — затруднения при концентрации внимания, снижение памяти, конкретность мышления.

Катамнез. Ежегодно проходит амбулаторное обследование с обязательным электроэнцефалографическим исследованием. Строго придерживается раз и навсегда заведенного распорядка. Не курит, алкоголя не употребляет. Считает себя практически здоровым, но с «высоким риском» активизации эпилептического ачага при неблагоприятных внешних воздействиях.

Анализ наблюдения. Заболевание развивается у личности с преобладанием в доболезненном периоде черт возбудимости и эпилептоидности, которые можно квалифицировать в качестве акцентуации. Об этом свидетельствует то обстоятельство, что до болезни указанные характерологические особенности способствовали успешной социально-производственной адаптации. Заболевание манифестирует в 1981 г. (36 лет) после повторной черепно-мозговой травмы с астенических расстройств, в структуре которых можно было отметить сверхценные идеи борьбы за справедливость и наказания обидчиков. Имевшие место в течение 1978—81 гг. изменение реактивности вегетативно-сосудистой и вестибулярной систем, кратковременные астенические реакции можно было расценить в качестве инициальных нарушений, поскольку они отличались эпизодичностью, рудиментарностью, динамичностью, зависимостью от действия внешних факторов. Особенностью анализируе-

мого случая является быстрый переход начальной (астенической) в стадию структурирования аномальных свойств личности с присоединением диэнцефальных расстройств с последующей ипохондринизацией личности. У больного довольно быстро складывается собственная концепция заболевания, которой он упорно придерживается в течение многих лет, несмотря на отрицательные результаты объективного обследования. Отмечается смягчение паранойяльно-ипохондрических расстройств в стационарных условиях под влиянием нейролептических средств. «Разрыхление» психопатологической симптоматики позволяет провести рациональную психотерапию, а впоследствии успешно подключить к терапии аутотренинг. Несмотря на хороший терапевтический эффект и полную социально-производственную адаптацию, у больного при катамнестическом обследовании спустя 3 года отмечаются сверхценные ипохондрические идеи и убежденность в наличии у него диэнцефальной эпилепсии.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПСИХОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Отмеченная многими исследователями [Ануфриев А. К., 1965; Ковалев В. В., 1985] тенденция к «хронизации» и «соматизации» невротозов объясняет высокую частоту ипохондрических нарушений у больных с психогенными нервно-психическими нарушениями [Семке В. Я., 1985]. Однако закономерности становления ипохондрических нарушений в рамках различных форм невротозов требуют углубленного анализа [Коркина М. В., Марилов В. В., 1982].

Из обследованных 47 человек с психогенными ипохондрическими состояниями 41 чел. (87,2%) женщины и 6 (12,8%) — мужчины. По возрастным характеристикам больные распределились следующим образом: больных в возрасте 21—30 лет — 5 чел. (10,6%); 31—40 — 21 (44,7%); 41—50 — 18 (38,3%); 51—60 — 3 (6,4%). Таким образом, 95,6% больных находились к моменту обследования в наиболее трудоспособном возрасте.

Анализ этиологических факторов в исследуемой группе больных выявил наличие психотравмирующих воздействий затяжного и трудноразрешимого характера, имевших как объективную, так и личностную значимость для больного. Психотравмирующие ситуации семейного содержания отмечались у 25 пациентов (53,2%), среди них: алкоголизация супруга (и) или детей, их тяжелая болезнь; нескладывающиеся семейные отношения вследствие характерологических особенностей супруга (и); совместное проживание с родителями супруга (и); супружеская неверность и т. д. Психогенные воздействия производственного плана (административно-хозяйственные нагрузки, нездоровые отношения в коллективе) отмечались лишь у 4 чел. (8,5%);

бытового (проживания с семьей в общежитии) — у 1 чел. (2,1%). Более чем в 1/4 части случаев (14 чел. или 29,8%) выявлялись психогении смешанного характера (внутрисемейного и производственного, внутрисемейного и сексуального).

Исследование микросоциального окружения в детстве показало, что воспитание в полной семье имело место у 44 чел. (33,6%) и лишь в единичных случаях (3 чел. — 6,3%) указывалось на один из вариантов воспитания в неполной семье. Нормальные формы воспитания в раннем детстве отмечались у 23 чел. (61,7%). Воспитание по типу «кумира семьи» — 2,1%; гипоопеки — 8,5%; гиперопеки — 12,8%; безнадзорности — 2,1%; алкоголизация одного или обоих родителей имела место в 2,1%; обстановка семейных скандалов в 10,6%.

Изучение экзогенных влияний в течение жизни больного не выявило каких-либо грубых органических воздействий у 31 пациента (65,9%), 3 чел. (6,4%) перенесли оперативное вмешательство под общим наркозом (кратковременный, без осложнений). Описторхозом страдали 10 чел. (21,3%), в 3 случаях (6,4%) проводились курсы лечения хлорсилом (при хорошей переносимости последнего).

Анализ преморбидных свойств личности выявил в 14,9% случаев гармонический сбалансированный склад, в 85,1% — акцентуированный. Это подтверждают данные С. А. Саркисова (1972), Н. Д. Лакошиной (1976, 1985) и др.

По типу акцентуаций больные распределились следующим образом: истероидная — 21 чел. (44,7%), психастеническая — 7 (14,9%), сензитивная — 3 (6,4%), астеноневротическая — 2 (4,2%), эпилептоидная — 2 (4,2%), шизоидная — 3 (6,4%), гипертимная — 2 (4,2%) личностная особенность.

Исследование социально-трудовых характеристик показало, что среди больных преобладали ($p < 0,05$) лица с высшим и техническим образованием (в целом 72,4%). По роду занятий основную часть ($p < 0,05$) составили лица, являющиеся административно-хозяйственными, инженерно-техническими работниками и служащими других профессий (78,7%). Следовательно, в обследованной группе преобладали лица, которые в силу своей профессиональной деятельности были заняты умственным тру-

дом, а также имели высокую степень ответственности. Условия труда у 91,5% больных были обычными, у 8,5% — усложненными или, напротив, облегченными.

При анализе семейного положения следует указать, что 30 человек (80,9%) имели семью, тогда как количество больных, состоящих в разводе, составило 5 чел. (10,6%).

Для больных с психогенными ипохондрическими нарушениями характерно наличие обширных контактов и общение с коллегами по работе (34 чел. или 72,4%). Примерно $\frac{1}{4}$ больных предпочитали контакты в основном в семейном кругу и с близкими друзьями (12 чел. 25,5%), лишь в одном случае (2,1%) больной избегал контактов. Отношение к больному в семье обычно коррелировало с видом психотравмирующих ситуаций.

В случаях доминирования психотравмирующих воздействий семейно-бытового характера преобладали анозолия и холодно-безразличные отношения со стороны родственников (у 21 больного, 44,7%). При наличии психотравмирующей ситуации производственного характера выявлялось адекватное отношение к больному либо с элементами гиперопеки.

В целом у больных с невротическим ипохондрическим развитием гармоничный тип взаимоотношений в семье встречается лишь в 11,3%. Для анализируемой группы типичным являлось сохранение критики к своему состоянию. В частности, 93,6% считали себя психически больными, тогда как, например, среди лиц с ипохондрическими состояниями экзогенно-органического генеза критическое отношение сохранялось лишь в 48,3% ($p < 0,05$).

Исследование производственной адаптации выявило преобладание ($p < 0,05$) преимущественно психологической (59,8%) и полной (21,2%) адаптации, преимущественно профессиональная адаптация встречалась гораздо реже (10,6%; $p < 0,05$), формальная — лишь в 4,2% случаев. Группы психологической (55,6%) и формальной (33,3%) адаптации составили в основном больные с обсессивно-ипохондрическим и дистимическим вариантом ипохондрического невротического развития личности, в то время как в группе больных с профессиональной адаптацией ведущими были истероипохондрические нарушения (38,4%). Преобладание преимуще-

ственно психологической адаптации было связано с наличием астенических, вазовегетативных и других невротических расстройств.

Анализ показателей фактической нетрудоспособности больных выявил резкое преобладание потери трудоспособности вследствие стационарного лечения в психиатрических больницах (показатель СНС — $10,3 \pm 0,6$; СНП — $62,1 \pm 5,2$), что, по-видимому, объясняется сохранностью критического отношения больного к своему состоянию и своевременным обращением к психотерапевтам. Определенную роль сыграло отсутствие нейросоматических расстройств и более низкая обращаемость к врачам общесоматического профиля. При попытке сопоставления данных показателей с вариантом невротического развития личности выявить достоверных различий не удалось. Однако установлено, что показатель обращаемости (ПО) достоверно выше ($p > 0,05$) у больных с истероипохондрическим и обсессивно-ипохондрическим вариантами.

Анализ клинической динамики выявил 3 этапа в формировании невротического ипохондрического развития личности: начальный, этап структурирования ипохондрического синдрома и этап собственно невротического ипохондрического развития.

Наиболее распространенными на начальном этапе заболевания являлись астеновазовегетативные, обсессивно-фобические, истерические расстройства, отражающие не только особенности, но и тяжесть психогении, и типологию личностной акцентуации больного.

Астенические нарушения выражались в общем чувстве усталости, вялости, разбитости и сопровождалась усилением свойственных ранее больным черт демонстративности, агрессивности, тревожности, мнительности. В структуре астенического синдрома облигатными являлись диссомнические расстройства, заключавшиеся преимущественно в нарушении засыпания, глубины и продолжительности сна, наличии сновидений, отражающих содержание актуальной психотравмирующей ситуации.

Цефалгические расстройства носили непостоянный характер и коррелировали с интенсивностью астенических нарушений. Чаще всего больные жаловались на головные боли в виде «обруча», «каска» в затылочной и

теменной области. Реже головные боли носили распирающий характер.

Астеновегетативные нарушения проявлялись чаще всего в колебаниях артериального давления, гипергидрозе, легких несистемных головокружениях, колющих болях в области сердца, «спазмах» по ходу кишечника. Эти расстройства имели синдромальную очерченность, носили непостоянный, мигрирующий характер, были связаны с психоэмоциональным напряжением.

Помимо астенических и вазовегетативных расстройств на передний план в психическом состоянии выступали театральность, демонстративность, красочное описание испытываемых ощущений, внушаемость либо наличие страхов по поводу сердечной, онкологической или иной патологии, внезапной смерти и т. д. Характерным для этих расстройств являлось повышенное внимание больных к разного рода ощущениям.

Подводя некоторые итоги изучения клинической динамики ипохондрических состояний психогенного происхождения на первом этапе их формирования, можно сделать ряд выводов. Прежде всего, клинические особенности вышеописанных нарушений укладывались в одну из клинических форм неврозов — неврастении, истерического невроза, невроза навязчивых состояний. Во-вторых, в клинической картине заболевания всегда отражался характер психотравмирующей ситуации. В-третьих, если экзогенно-органические воздействия оказывали провоцирующее влияние, то конституционально-биологические факторы, в частности, преморбидные личностные особенности, играли патопластическую роль в структурировании клинической картины невротического ипохондрического развития личности. Так, у тревожно-мнительных и возбудимых личностей преобладали расстройства в рамках неврастении (одного из ее вариантов — гиперстенического или гипостенического), у психастенических личностей чаще всего формировались кардио-, канцеро-, танатофобические расстройства. Наиболее интересными оказались результаты анализа преморбидных особенностей группы больных с истерическим неврозом: его проявления формировались как у пациентов, акцентированных по истерическому радикалу, так и у тревожно-мнительных и гармонических личностей. Ипохондрическая симптоматика на этой стадии

выражалась, как указывалось выше, в виде фиксации внимания на астенических вазовегетативных нарушениях, проявляясь опасениями по поводу необычного состояния своего здоровья. Степень выраженности этих нарушений была тесно связана с яркостью и полиморфизмом невротической симптоматики. Больные обычно связывали ухудшение своего состояния с наличием психотравмирующей ситуации, были критичны к имеющимся страхам, опасениям, поэтому предпочитали обращаться за помощью к невропатологам и психиатрам.

Несмотря на то, что характер ипохондрических нарушений приближался к уровню доминирующих образований, своевременное психотерапевтическое воздействие оказывало заметный эффект. Исчезали ипохондрические фиксации и опасения, ипохондрическая настороженность, больные начинали адекватно расценивать имеющиеся симптомы заболевания. Особенно благоприятным фактором являлось в этих случаях разрешение психотравмирующей ситуации.

Изучение причин затяжного течения и последующей динамики психогенных ипохондрических реакций выявило, что чаще всего неблагоприятное влияние оказывало наличие различных дополнительных факторов (неблагоприятные микросоциальные условия, скрытая органическая неполноценность головного мозга). Важную роль играло отсутствие своевременной диагностики ипохондрических расстройств и адекватного психотерапевтического и медикаментозного лечения. В данных случаях речь, по существу, шла о фиксации ипохондрических нарушений на фоне подострого невротического состояния с последующим взаимным усилением невротической и ипохондрической симптоматики. Трансформация невротических ипохондрических реакций в каждом случае носила довольно типичный характер и заключалась, наряду с усилением вазовегетативной симптоматики, в присоединении эмоциональных нарушений в виде слезливости, снижения настроения, подавленности. При положительно окрашенных эмоциях, после отдыха эти состояния исчезали.

Анализ клинической динамики эмоциональных расстройств позволил выявить их постепенное усложнение с формированием состояний, близких к «невротическим депрессиям». В целом же развитие невротических ипо-

хондрических состояний подчинялось ранее установленным закономерностям становления невротического развития личности [Лакосина Н. Д., 1970, 1983; Асатиани Н. М. с соавт., 1984; Даренский И. Д., 1984 и др.]. Существенное отличие описываемой нами «клинической динамики» заключается в сочетании невротической депрессии с усилением ипохондрических расстройств, что является указанием на формирование второй стадии заболевания — этап структурирования ипохондрического синдрома.

Ухудшение самочувствия происходило под влиянием незначительных (преимущественно соматогенных) воздействий, оказывающих патопластическое влияние на клиническую картину заболевания. Мысли о наличии тяжелого заболевания с фиксацией на различного рода болевых и неприятных ощущениях, снижение работоспособности вследствие астенических и вазоветативных нарушений становились ведущими в клинической картине заболевания. В то же время больные продолжали связывать ухудшение своего самочувствия с психотравмирующей ситуацией. Следует также отметить, что на этом этапе ипохондрические переживания постепенно приобретали сверхценный характер. Наряду с ипохондрическими, астеническими и аффективными нарушениями у больных выступали такие характерологические черты, как ранимость, обидчивость, склонность к эксплозивным реакциям, эгоцентризм, демонстративность. Эти расстройства проявлялись у каждого больного, но в целом в одних случаях ипохондрическая симптоматика сопровождалась формированием стойких очерченных фобических синдромов (фобически-ипохондрический синдром); в других, наряду с фиксацией на своих ощущениях, отчетливо начинали проявляться раздражительность, напряженность, вспыльчивость в сочетании с частыми состояниями сниженного настроения (дистимико-ипохондрический синдром); в третьих — обращали на себя внимание демонстративность, полиморфизм ощущений, стремление к созданию ситуации по типу «ухода в болезнь» (истероипохондрический синдром).

Стойкие астенические ипохондрические нарушения с изменением преморбидной структуры личности и формированием особых механизмов личностного реагирования (ипохондрического), сохранявшиеся в течение мно-

гих лет, а также приводившие к изменению механизмов социально-трудовой адаптации, позволяли думать о формировании этапа «собственно невротического ипохондрического развития личности». Изучение патохарактерологических нарушений и механизмов нарушения социально-трудовой адаптации дало возможность выделить следующие варианты невротического ипохондрического развития личности: дистимический, обсессивно-фобический и истерический.

Больные с дистимическим вариантом (13 чел. — 27,7%) невротического ипохондрического развития личности отличались вспыльчивостью, раздражительностью, гневливостью. Фон настроения чаще всего был несколько снижен, хотя угрюмость, брюзжание не характерны для этих больных. Считая себя тяжело больными, эти лица раздражались при непонимании, равнодушии окружающих, при необходимости проявлять терпение. Незначительные психотравмирующие воздействия являлись провоцирующими моментами для вспышек недовольства, раздражения. В то же время больные в большей части случаев корригировали степень и форму проявления своего недовольства, могли скрывать ощущение внутренней напряженности.

Наличие вазоветативных, астенических и других нарушений, массивность которых увеличивалась при эмоциональном и физическом напряжении, усиливало убежденность в собственном нездоровье. В связи с астенизованностью и сохранением критичности у больных чаще изменялась производственная адаптация. Больные в течение длительного времени находились на больничном листе преимущественно у психотерапевтов.

Для обсессивно-фобического варианта (9 чел. — 19,2%) ипохондрического невротического развития личности было характерно наличие стойких кардиофобических, канцерофобических и других расстройств, сочетавшихся с астенией и убежденностью в тяжелом соматическом заболевании. Больные стремились обследоваться в специализированных стационарах, составляли и соблюдали специальный режим, диету, но в то же время они адекватно оценивали результаты обследований, обычно успокаивались на некоторое время после психотерапевтических бесед, пытались бороться с мыслями о

тяжелом, неизлечимом, опасном для жизни заболевании. Типично наличие вазовегетативных расстройств, нередко имевших пароксизмальный характер, а также длительно сохранявшейся астенической симптоматики, включая цефалгические и гриппические нарушения. Выраженность этих нарушений носила волнообразный характер: усиление обсессивно-фобической и астеновегетативной симптоматики происходило чаще всего под влиянием дополнительного эмоционального или физического напряжения и реже — в результате экзогенной, причем ипохондрическая симптоматика оставалась относительно стабильной. Несмотря на намечавшиеся порой улучшения состояния, больные продолжали тщательно следить за любым изменением самочувствия, избегали даже малейшего перенапряжения, сохраняли сугубо «ипохондрический характер» своего жизненного уклада, опасаясь ухудшения состояния. Страхи за свое здоровье сочетались с астеновегетативными расстройствами и снижали социально-производительную адаптацию этой группы больных. Они избегали широких контактов, стремились к общению с людьми, которые их понимали и жалели.

Больная П., 1946 г. р. Поступила 19.09.85 г., выписана 01.11.85 г.

Анамнез. Наследственность не отягощена. Со слов матери известно, что наша больная росла слабенькой, болезненной девочкой. Но в более старшем возрасте помнит себя активной, веселой, подвижной. Стремилась к лидерству среди сверстников, не терпела, когда ее обижали, всегда «давала сдачи». Рано начала помогать матери в ведении домашнего хозяйства. В начальных классах школы училась неплохо, но затем успеваемость снизилась, особенно по точным наукам. Связывает это с тем, что некому было помогать в учебе. Сама старалась добросовестно готовиться к занятиям, но когда вставала для ответа урока, «все вылетало из головы», стеснялась, краснела, появлялось сердцебиение. Много читала, бессмысленно, «что попадет под руку». В школе стала менее заметна, была обидчивой, ранимой, тревожной. По окончании 7 классов работала в колхозе на разных работах (доярка, свиноводка, телятница). Менструация с 14 лет, установилась сразу, протекала без особенностей. С юношеских лет любила сверстника, которого, как считает, любит и до сих пор, несмотря на то, что его уже нет в живых. Но после ссоры с ним рассталась. С 18 лет стала сожительствовать с мужчиной, который, как потом узнала, был женат. В 22 года преждевременно родила девочку. Беременность протекала с токсокозом в первой половине, отмечались маточные кровотечения. В возрасте одного года ребенок умер от пневмонии. Тяжело это переживала: постоянно плакала, нарушился сон, боялась остаться одна, т. к. «душило горе». Такое состояние продол-

жалось около года, несмотря на то, что через 4 месяца после смерти дочери вышла замуж, чтобы «не быть одной». В 26 лет родила дочь, которая очень часто болела, требовала ухода, часто находилась с ней в стационарах. В 30 лет родила вторую дочь. Муж после рождения детей стал отказывать ей в помощи по уходу за ними, начал выпивать. В последние 5—6 лет стал грубым, конфликтным. С этого времени и считает себя больной, что связывает с неприятностями в семье. Постепенно стали нарастать головные боли, слабость, появилась масса неприятных ощущений в теле: «болело то одно, то другое». Периодически отмечались состояния «дурноты» с ощущениями внутренней дрожи, резкой слабостью, страхом за свою жизнь. Стала еще более обидчивой, раздражительной, плаксивой. За помощью начала обращаться к различным специалистам, принимала различного рода лечения, но улучшения не было. Испытывала страх за свою жизнь, за состояние своих внутренних органов, считала, что врачи не могут обнаружить «болезнь». Была направлена на консультацию в психоневрологический диспансер, где было рекомендовано обследование и лечение в клинике НИИ ПЗ ТНЦ АМН СССР.

Психическое состояние. Охотно вступает в контакт. Если анамнестические сведения давала сдержанно, то при обсуждении вопросов, связанных с состоянием здоровья, оживлялась, активно излагала массу жалоб, в процессе беседы «вспоминала» все новые и новые. При описании своих ощущений затруднялась в определениях, была крайне фиксирована на своем состоянии. Считала себя тяжело больной. Жаловалась на мучительные боли во всем теле («все болит»), которые могут менять свою локализацию, характер. В вечернее время отмечала возникновение состояния резкой слабости, «внутренней дрожи», «трепыхания сердца», выраженного страха за свою жизнь. Страх сохранялся и вне этих состояний. Отмечала, что стала обидчивой, злой. Отмечалась астенизованность, истошаемость.

Окулист: глазное дно без патологии.

Невропатолог: остеохондроз шейного отдела позвоночника вне обострения.

Терапевт: патологии внутренних органов не обнаружено.

Проводимое лечение: общеукрепляющее, новокаин в/в, гулизол, нуредол до 150 мг, реланиум до 20 мг, аминазин — аутогемотерапия до 50 мг, наркосихотерапия, иглорефлексотерапия, физиолечение.

В процессе лечения окрепла, уменьшились неприятные ощущения в теле, стала спокойнее, выровнялось настроение, исчезли страхи. Сохранились явления ипохондрической настороженности.

Диагноз: невротическое ипохондрическое развитие личности. Обсессивно-фобический вариант.

Катамнез: повторное лечение с 3.01.87 г. по 6.02.87 г.

Чувствовала себя после предыдущей выписки хорошо. Связывала иногда возникающие ощущения в теле с сохраняющимися конфликтными отношениями в семье. Пыталась «всеми силами» нормализовать отношения с мужем. К врачам не обращалась. Состояние ухудшилось в марте 1986 г., когда скоропостижно скончалась мать, после чего появилась «внутренняя дрожь», снизилось настроение, вновь начали возникать неприятные ощущения, страх за свою

жизнь. Сразу же обратилась в клинику НИИ ПЗ ТНЦ АМН СССР.

Психическое состояние определялось ипохондрически-фобическими расстройствами. Но степень их выраженности была в значительной степени менее яркой, чем при первом поступлении. Отмечалась хорошая психотерапевтическая податливость, что позволило заметно уменьшить дозы назначаемых транквилизаторов и антидепрессантов (нуредол 25 мг/сут, седуксен 20 мг/сут). Было проведено обучение аутотренингу (с элементами гетеросуггестии на первых 5 сеансах). Самочувствие при выписке характеризовалось ремиссией «В» с единичными кратковременными фобическими и ипохондрическими реакциями в состоянии психоэмоционального перенапряжения.

Катамнез 1988 года: самочувствие хорошее. Жалоб практически нет. В психотравмирующих ситуациях усиливает занятия аутогенной тренировкой.

Анализ случая. Заболевание развивается у личности, акцентированной по тревожно-мнительному радикалу. На фоне физического и психоэмоционального перенапряжения в течение 7—8 лет нарастала утомляемость, увеличивалось количество неприятных ощущений в теле, сочетающихся с приступами вазовегетативных нарушений. Убежденность в наличии тяжелого состояния сопровождалась страхами за свою жизнь, за состояние различных внутренних органов. Лечение у различных специалистов соматического профиля, несмотря на его разнообразие, было не эффективным, т. к. полностью отсутствовал психотерапевтический подход. Использование психотерапевтического комплекса (наркопсихотерапия и рациональная психотерапия) и аутотренинг с элементами гетеросуггестии на фоне патогенетической антидепрессивно-седативной терапии оказали положительное воздействие на реабилитацию данной больной.

Для истерического варианта (24 чел. — 51,1%) ипохондрического невротического развития личности были характерны театральность, демонстративность, стремление к гротескному изложению жалоб. Своеобразие клинической картины заключалось не столько в стремлении больных к лидирующему положению, сколько в «уходе в болезнь» при любых неблагоприятных ситуациях. Жалобы были полиморфные, хотя интенсивность астенических и вазовегетативных нарушений была значительно меньше по сравнению с obsessивно-фобическим вариантом. У больных отмечался специфичный мигрирующий

кратковременный характер ощущений, свойственных расстройствам истерического круга (онемение по типу «перчаток» и «носков» и т. д.). Больные были фиксированы на своих переживаниях, склонны к демонстрации «страданий», активно искали сочувствия, помощи. Наряду с посещением врачей психоневрологических диспансеров, они охотно обращались к врачам общесоматического профиля и соглашались на госпитализацию, невзирая на профиль стационара.

Частое пребывание на больничном листе, эгоизм, постоянная демонстрация «тяжести» своего заболевания приводили нередко к нарушению социально-трудовой адаптации. Поэтому для того, чтобы удержаться на удобном для них рабочем месте, больные тщательно выполняли свои служебные обязанности. В семье требовали к себе повышенного внимания, немедленного исполнения всех своих требований, капризов. В контактах с окружающими были избирательными, дифференцированно строили стиль своего поведения, учитывая реакции окружающих на их стремление «продемонстрировать болезнь».

В качестве иллюстрации истерического варианта ипохондрического невротического развития личности приводим следующую историю болезни.

Больная У., 1949 г. р. Поступила 10.05.84 г., выписана 22.06.84 г.

Анамнез. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Отец по характеру спокоен, трудолюбивый, общительный. После контузии, полученной во время ВОВ, стал вспыльчивым, но «отходчивым». Мать — мягкая, добрая, отзывчивая. Родилась в многодетной семье 3-м по счету ребенком. Беременность и роды у матери протекали нормально. Раннее развитие без особенностей. До 2-летнего возраста страдала диатезом. В дошкольном возрасте по характеру была общительной, доброй, послушной и трудолюбивой, несколько застенчивой и стеснительной. В школу пошла с семи лет, училась посредственно. Менструация с 12 лет (до 14 лет болезненная). После окончания восьми классов переехала в г. Томск, где стала работать заточницей на одном из предприятий. В этот период времени характеризует себя общительной, жизнерадостной. Увлекалась художественной самодеятельностью, всегда была «душой компании». Замужем с 19 лет, родила двух детей. Больной себя считает с 1980 года после трагической гибели сына (автокатастрофа). В течение двух—трех месяцев была плаксивой, испытывала тоску, нежелание жить. В последующем настроение выровнялось, однако заметила, что быстрее утомляется, стала менее энергичной и жизнерадостной, настроение чаще всего было подавленное, периодически под влиянием незначительных психотравмирующих воздействий испытывала боли в области серд-

ца, головокружение, тошноту, неприятные ощущения в эпигастральной области, по ходу кишечника, усиление слабости. Неоднократно обследовалась у врачей различных специальностей, однако патологии со стороны внутренних органов не было выявлено. Ухудшились взаимоотношения в семье, на работе. Считала, что муж и сотрудники с недостаточным участием относятся к ее состоянию. Во время лечения в одном из санаториев подробно рассказала медсестре о трагической гибели сына. При воспоминании обстоятельств его смерти больной стало «дурно», испытывала удушье, чувство нехватки воздуха, остановки сердца, похолодание и дрожь в конечностях, рыдала, умоляла о помощи. Было срочно проведено электрокардиографическое исследование, после которого медсестра сочувственно сказала, что сейчас больной надо думать не о сыне, а о себе, «сердце у вас никуда не годное». После этого случая у больной появилось твердое убеждение в том, что вследствие несудачно сложившейся жизни у нее возник ряд заболеваний, своевременно не диагностируемых врачами. По возвращении в г. Томск неоднократно обследовалась в различных учреждениях (НИИ кардиологии, онкологии и др.). Обнаруженные заболевания (хронический гастрит вне обострения, хронический неспецифический колит, нейроциркуляторная дистония по смешанному типу) считала доказательством имевшей место халатности и безразличия врачей. Многократно обращалась к известным специалистам с просьбами о проведении углубленных обследований. В течение 1983-84 гг. были проведены велоэргометрия, селективная ангиография, фиброгастроскопия, биопсия печени, почек и др. Ухудшение в самоочувствии было непродолжительным, по-прежнему беспокоили боли в сердце, головокружения, слабость, вялость, быстрая утомляемость. Стала интересоваться популярной медицинской литературой, разработала систему по профилактике прогрессирования различных заболеваний (ежегодные поездки на курорт, наблюдение и профилактические обследования не менее двух раз в год у кардиолога, онколога, гастроэнтеролога и др.). Регулярно посещала сауну, бассейн, группу ритмической гимнастики, строго соблюдала диету. Однако отмечала несвойственную ей ранее раздражительность, обидчивость, переходящую во вспышки злости, ярости, во время которых могла оскорбить родственников, сотрудников по работе. По рекомендации врачей обратилась в НИИ ПЗ ТНЦ с просьбой об углубленном обследовании и лечении.

Психическое состояние. В беседу вступает охотно, держится уверенно, подчеркнута независимо. В одежде преобладают яркие тона. Настаивала на неотложном проведении различных методов исследования, консультациях «узких специалистов», консилиумов для разработки «лечебной программы». Жаловалась на головные боли с ощущением «сдавливания глаз», которые провоцировались эмоциональными факторами и нередко сопровождалась интенсивными болями в животе схваткообразного, стягивающего или сверлящего характера. Вспышки раздражительности, гневливости объясняла эгоцентризмом окружающих, их жестокостью и бессердечностью. Во время сильных эмоциональных переживаний ощущала «ком» в горле, чувство удушья, нехватки воздуха, стягивание и онемение всего тела. Была возбуждена, уверяла, что у нее труднодиагностируемые заболевания. Не отрицала наличия у себя отклонений со

стороны нервно-психической сферы однако была не согласна с мнением врача об отсутствии у нее соматической патологии. Была демонстративна, эгоцентрична, психотерапевтической коррекции не доступна. В мышлении проявлялась склонность к детализации и застремленности на эмоционально значимых событиях жизни. Память, интеллект соответствовали полученному образованию.

Неврологически: сглаженность правой носогубной складки, пошатывание в позе Ромберга.

Соматически: хронический гастродуоденит вне обострения. Нейрогенно-дискинетический колит в стадии компенсации.

Заключение психолога: исследование обнаружило стойкую ипохондризацию личности с наличием черт демонстративности, эгоцентризма, капризности; неустойчивый характер взаимоотношения с окружающими при сохранности мнестико-интеллектуальной сферы и отсутствии расстройств мышления.

ЭЭГ-обследование: без патологии.

ЭКГ-обследование: признаки умеренно выраженной гипоксии миокарда.

Диагноз: ипохондрическое (невротическое) развитие личности. Истерический вариант.

Таким образом, отличие изменений и нарушений при ипохондрическом невротическом развитии личности от патологических образований при ипохондрическом патологическом развитии личности экзогенно-органического и соматического происхождения заключается в следующем: 1) выраженность, глубина личностных нарушений при невротическом ипохондрическом развитии личности представлены в меньшей степени, они не всегда носят заверченный характер, не имеют тенденции к трансформации в субпсихотические формы пограничной патологии; 2) патохарактерологические нарушения имеют логическую связь как с преморбидными свойствами личности, так и с характером психотравмирующей ситуации; 3) отсутствуют мнестико-интеллектуальные нарушения; 4) имеются не нарушения, а лишь изменения механизмов социально-трудовой адаптации в сторону ограничения профессиональной адаптации; 5) изменение механизмов социально-трудовой адаптации связано с астеническими, невротическими, патохарактерологическими образованиями; 6) особенностями ипохондрического типа невротического развития личности является то, что критерий критичности к своим поступкам, патологическим реакциям носит частичный характер. Изучение условий и особенностей становления психогенных ипохондрических состояний особенно на начальном этапе заболевания позволяет выделить ряд кри-

териев ранней диагностики: наличие в структуре подострого невротического состояния полиморфных и выраженных астенических и вазовегетативных нарушений; сенестопатическая окрашенность ощущений; появление в структуре невротической депрессии, ипохондрических реакций с тенденцией к их хронизации; нарастание тревожности и ригидности как новых качеств личности.

Глава IV

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ИПОХОНДРИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ СОМАТОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Переходя к описанию закономерностей формирования ипохондрических нарушений при различной соматической патологии, следует еще раз подчеркнуть, что речь идет о появлении у больных ощущений, не свойственных конкретному соматическому заболеванию, их стабилизации, несмотря на регрессирующую динамику реальных соматических нарушений.

В группе больных с ипохондрическими состояниями соматогенного происхождения (48 человек) преобладали женщины — 34 чел. (70,8%). Большая часть (97,9%) больных были в трудоспособном возрасте (21—49 лет).

Изучение этиологических факторов в анализируемой группе показало, что основной причиной развития ипохондрических расстройств являлись хронические соматические заболевания. Наиболее часто выявлялись заболевания желудочно-кишечного тракта (37,5%) (хронические гастриты, гастродуодениты, холециститы и другие), значительно реже отмечалась патология сердечно-сосудистой системы (12,5%). На третьем месте находились заболевания других органов и систем (хронический тонзиллит с частыми обострениями, хронический синусит, деформирующий полиартрит) (8,3%). Остальная соматическая патология выявлялась приблизительно в одинаковом количестве (от 4,2 до 6,3%).

Необходимо указать, что в случаях поражения в рамках одной системы практически во всех случаях отмечались заболевания одновременно двух или нескольких органов: например, сочетание хронического гастрита, гастродуоденита, холецистита, язвенной болезни и колита, язвенной болезни и холецистита, наличие ИБС и гипертонической болезни и т. д.

Давность соматического заболевания составила от 5 до 26 лет, что в среднем составило $10,3 \pm 1,4$.

По сравнению с группами больных с патологическим ипохондрическим развитием и невротическим ипохондрическим развитием личности в анализируемой группе больных нормальные условия воспитания были выявлены лишь в 47,8%. Воспитание по типу гипопеки — 16,7%, «кумира семьи» — 12,5%, гиперопеки — 10,4%, других типов неправильного воспитания — 12,5%.

В этой группе чаще ($p < 0,05$) наблюдались нарушения воспитания в детском и подростковом периодах («поведенческие реакции»): реакции оппозиции — 8,3%, гиперкомпенсации — 4,2% и др., что в целом составило 1/4 часть обследуемой группы больных. В 72% случаев наблюдалось патохарактерологическое формирование по истерическому у 14 чел. (29,2%), тормозимому — у 12 чел. (25,0%), аффективно-возбудимому — у 5 чел. (10,4%), эпилептоидному — у 3 чел. (6,3%), шизоидному — 1 чел. (2,1%) типам. Для больных этой группы было характерно преобладание пре-психопатических (68,9%) и психопатических (20,8%) черт.

Анализ показывает, что наиболее часто отмечались истерические черты (43,7%), затем личностные расстройства тормозимого (сенситивные, психастенические — 29,2%) и возбудимого (эксплозивные, эпилептоидные — 25,0%) круга и лишь в одном случае шизоидные пре-психопатические черты (2,1%).

На момент обследования, как и у больных первых двух групп, можно было выявить наличие психотравмирующих воздействий у 27 больных (56,3%). Внутрисемейные психотравмирующие ситуации отмечались у 7 человек (24,5%), производственные — у 4 чел. (8,3%), бытовые — у 1 чел. (2,1%), ятрогенные — у 1 чел. (2,1%), смешанного характера — у 4 чел. (8,3%).

При изучении продолжительности и глубины психогении удалось выявить, что они в большей (72,8%) части случаев являлись острыми и в меньшей (27,2%) — хроническими (более 2 лет). Однако во всех случаях психогенные воздействия не являлись причиной появления у пациентов пограничных нервно-психических расстройств, так как возникали позже по времени, чем со-

матическая патология, и уже на фоне определенных психопатологических нарушений. Клинический анализ выявил их провоцирующее и хронизирующее значение для возникновения ипохондрических расстройств.

Исследование семейного положения показало, что у 1/3 части больных брак расторгнут, что, возможно, связано с выраженностью патохарактерологических, в том числе ипохондрических расстройств в анализируемой группе больных.

Круг общения больного определялся преимущественно семейным окружением и близкими друзьями — 22 чел. (45,8%), ситуации, когда больной избегал контактов, встречались у 9 больных (18,8%), преимущественное обращение к коллегам по работе наблюдалось у 6 чел. (12,5%), обширные контакты — 11 чел. (22,9%).

Показатели отношения к больному в семье были представлены следующим образом: адекватное отношение наблюдалось в 29,1%, гиперопека — 8,3%, анозогнозия — 27,1%, холодно-безразличное — 4,2%, развод — 30,3%. Определенной зависимости этого показателя от клинической картины варианта ипохондрического патологического развития личности соматогенного происхождения выявить не удалось, так как в формировании отношения к больному в семье имеют значение не только особенности личности больного, его заболевания, но и личности супруга (и), детей, других родственников. Взаимоотношения в семье определялись преимущественно как дисгармоничные — 17 человек (35,4%), дезорганизованные — 9 человек (18,7%), гармоничные 7 человек (14,6%). Первые наблюдались преимущественно у больных с эксплозивно-ипохондрическим, паранойяльно-ипохондрическим вариантами (в 75,0 и 54,5% случаев), вторые — у больных с истеро-ипохондрическим вариантом (в 27,8% случаев). Гармоничные семейные отношения были наиболее характерны для больных с астеноипохондрическим вариантом (45,5%). Показатели отношения к факту болезни были однородными: в 100% случаев больные считали себя только соматически больными.

Своеобразием результатов анализа уровней производственной адаптации явилось то, что в изучаемой группе больных преобладали преимущественно профессиональ-

ная (29 чел. — 60,4%) и психологическая адаптация (9 чел. — 18,7%), что, по-видимому, связано с выражением патохарактерологических образований в первом случае и наличием астенических и специфических соматических нарушений — во втором. Совокупность этих факторов могла объяснить малое количество больных, имевших полную адаптацию (3 чел. — 6,3%), тогда как отсутствие мнестико-интеллектуальных нарушений позволяло предположить невысокий процент больных с формальным уровнем адаптации (5 человек — 10,4%). С другой стороны, при изучении этих показателей заметна связь уровня адаптации с клиническими вариантами ипохондрического патологического развития личности соматогенного происхождения. Так, преимущественно профессиональная адаптация отмечалась у больных с истероипохондрическим и эксплозивно-ипохондрическим вариантами (44,4 и 37,5%), преимущественно психологическая — у больных с астеноипохондрическими и истероипохондрическими вариантами, формальная — у больных с астеноипохондрическим (18,2%) и паранойяльно-ипохондрическим (27,2%) вариантами.

Исследование показателей фактической нетрудоспособности и обращаемости выявило следующую закономерность. В отличие от больных первых двух клинических групп у больных анализируемой группы преобладали показатели временной нетрудоспособности соматического профиля (в цифрах математического ожидания): АНС (амбулаторная нетрудоспособность соматическая) и СНС (стационарная нетрудоспособность соматическая) составили $49,6 \pm 3,8$ дней и $52,4 \pm 4,2$ дней, тогда как СНП (стационарная нетрудоспособность психическая) и АНП (амбулаторная нетрудоспособность психическая) $31,8 \pm 2,1$ и $13,3 \pm 0,2$ дней) были достоверно ниже ($p < 0,01$), чем у больных психогенными ипохондрическими состояниями, и недостоверно ($p < 0,01$) отличались от таковых показателей в группе больных с ипохондрическими расстройствами экзогенно-органического генеза. В то же время в анализируемой группе, в отличие от группы больных, описанных выше, СН (стационарная нетрудоспособность) ($83,7 \pm 3,7$ дня) достоверно ($p < 0,01$) выше АН (амбулаторная нетрудоспособность) ($61,3 \pm 4,1$ дня), а в целом ОН не отличается

от аналогичного показателя в двух других группах, что, по-видимому, является особенностью затяжных непсихотических ипохондрических состояний как таковых, независимо от нозологической принадлежности. Показатель обращаемости в исследуемой группе больных достоверно выше ($p < 0,01$), чем в первых двух группах — $94,3 \pm 1,3$. Достоверных корреляций с клиническими вариантами выявить не удалось.

Изучение темпа развития стойких пограничных нервно-психических нарушений, возникавших при наличии соматической патологии, показало, что в исследуемой группе больных этот фактор оказался отличным от такового при ипохондрических состояниях психогенного и экзогенно-органического генеза. Так, он составил в среднем $1,8 \pm 0,3$ года, тогда как у больных первой и второй группы соответственно $3,8 \pm 0,5$; $3,3 \pm 0,3$ года.

Переходя к анализу клинической динамики ипохондрических состояний соматогенного происхождения, мы считаем необходимым указать, что становление затяжных ипохондрических состояний соматогенного генеза мы рассматриваем как вариант ситуационного развития по П. Б. Ганнушкину (1933). При формировании ипохондрического развития личности соматогенного происхождения нами были выделены: этап ипохондрических реакций, структурирования ипохондрического синдрома и этап ипохондрического патологического сдвига личности.

На первом этапе заболевания под влиянием соматического патологического процесса через 1—2 года после первых острых его проявлений у больных постепенно начинали определяться три комплекса психопатологических нарушений.

Первый из них характеризовался нараставшими астеническими, вазовегетативными и висцеральновегетативными нарушениями. В результате перенесенного первого приступа соматического заболевания у больных некоторое время сохранялось ощущение слабости, легкой утомляемости. Для этих состояний было типично чувство снижения трудоспособности из-за вялости, сонливости, ощущения собственного бессилия. Отмечались потливость, легкое головокружение, чувство «потемнения» в глазах при наклонах и резких поворотах, ощущение

внутренней дрожи. Головные боли обычно носили «тупой», «ноющий» характер, локализовались преимущественно в лобно-височных и теменно-затылочных областях.

Периодически на фоне физической нагрузки возникали ощущения сердцебиения, появлялся тремор конечностей. В последующем к описанным расстройствам присоединялись «ноющие», «колющие» боли в области сердца, неприятные ощущения в различных частях тела (по ходу позвоночника, в поясничной области, грудной клетке, в области живота).

Особенно выразительной была висцеральновегетативная симптоматика у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Ощущения характеризовались полиморфностью и выраженностью, причем исчезла специфичность жалоб, характерных для того или иного желудочно-кишечного заболевания. Больные практически во всех случаях (87,9%) жаловались на отрыжку воздухом, изжогу, «спазмы», урчание, нарушение стула, боли «точечной» и более широкой локализации. Все эти ощущения не были связаны с нарушением диеты, режима питания или началом обострения желудочно-кишечного заболевания, выраженностью астенических расстройств.

На фоне астенических и висцерально-вагетативных нарушений довольно быстро формировался второй комплекс психопатологических расстройств: ипохондрические реакции. Больные фиксировали свое внимание на ощущениях, анализировали их, появлялись мысли, что заболевание носит более «тяжелый» и «грозный» характер, чем прогнозируется врачами. Появлялась тревога за свое здоровье. Ипохондрические реакции усиливались соответственно нарастанию астенических и висцеральновегетативных расстройств, обострению психотравмирующих ситуаций, которые в ряде случаев служили фактором, провоцирующим, усугубляющим проявления первых двух, описанных выше, симптомокомплексов.

Третьим комплексом нарушений были личностные расстройства в виде заострения и утрирования акцентированных или препсихопатических черт характера. Так, у лиц с истероидным складом характера выявлялись капризность, эгоцентризм, полиморфные вазовегетатив-

ные и висцеральновегетативные симптомы, функциональные неврологические нарушения (астазия — абазия, афония, блефароспазм и др.). При наличии психотравмирующей ситуации для них были характерны реакции по типу «ухода в болезнь». Лица с эксплозивно-эпилептоидными чертами в преморбиде становились вспыльчивыми, раздражительными, агрессивными. Для тревожно-мнительных лиц типичными были выраженные тревожно-фобические расстройства, формирование нестойких кардиофобических, канцерофобических и других нарушений.

Если клинические проявления первых групп симптомокомплексов зависели от течения соматического заболевания, режима трудовой деятельности, влияния психогенных воздействий, своевременно проводимого терапевтического, симптоматического и психотерапевтического лечения, то патохарактерологические нарушения носили практически постоянный характер с незначительными «ослаблениями» в благоприятных микросоциальных условиях.

Для второго этапа заболевания было типично дальнейшее изменение структуры и выраженности ипохондрического симптомокомплекса. Его клинические особенности определялись типом личностного склада характера; ипохондрические расстройства становились более продолжительными, стойкими, теряли характер реакций и трансформировались в типичные ипохондрические состояния. На этом этапе в клинической картине заболевания на первый план выступали астеноипохондрический, дистимико-ипохондрический, истероипохондрический синдромы.

Третий этап заболевания характеризовался перераспределением удельного веса астенического (в том числе вазо-вегетативнодисрегуляторного), ипохондрического, патохарактерологического симптомокомплексов.

Обращало на себя внимание уменьшение массивности, яркости, выраженности астенических нарушений. Больные в меньшей мере жаловались на вялость, утомленность, слабость. Изменялся характер вазовегетативных, вегетовисцеральных нарушений, которые становились, с одной стороны, менее интенсивными, с другой — наблюдалось увеличение доли сенесто-алгических рас-

стройств, которые становились ведущими в жалобах больных.

Следующей особенностью астено-вегетативно-висцеральных расстройств была потеря их связи с клинической динамикой соматического заболевания, психогенными и другими факторами. Несмотря на меньшую выраженность и глубину обострений соматического страдания, астеновегетативная симптоматика продолжала сохраняться и определять клиническую картину патологического развития личности. Видоизменялась и картина патохарактерологических нарушений. На смену клинической симптоматике, обусловленной усилением или утративанием преморбидных личностных черт, приходила своеобразная « мозаичность » патохарактерологической структуры больного. Наряду с выраженностью и стабильностью, например, истероидных расстройств, у больных появлялись возбужденность, злобность, не свойственные ранее неуверенность, ранимость, обидчивость, тревожность. У больных с эксплозивно-эпилептоидными чертами появлялась грубая демонстративность, требование к себе особого отношения. Эта же симптоматика начинала появляться у лиц с преморбидно-тревожно-мнительными (психастеническими) свойствами характера. Кроме того, для них становилась довольно типичной вспыльчивость, угрюмость, недовольство, агрессивность.

Ведущее место на третьем этапе занимала ипохондрическая симптоматика, которая определяла весь жизненный стереотип больного. У больных появлялась стойкая убежденность в наличии у них заболевания, причем ни одного, а нескольких. Они составляли различного рода режимы (от утративания общеоздоровительных процедур до полного освобождения себя от каких-либо нагрузок вообще), стенично посещали врачей, включались в систему различных обследований, стремились к стационарированию. Исчезала критика к своим личностным нарушениям, был характерен ипохондрический эгоцентризм [Семке В. Я., 1974], снижение и уменьшение интересов, нарушение социально-трудовой адаптации по различным механизмам.

В зависимости от синдромальной характеристики выделены астено-ипохондрический, истеро-ипохондрический,

эксплозивно-ипохондрический, параноидально-ипохондрический варианты ипохондрического патологического развития личности соматогенного происхождения.

При астено-ипохондрическом варианте наряду с убежденностью в наличии тяжелого, неизлечимого соматического заболевания обращало на себя внимание постоянное присутствие чувства усталости, общего недомогания, слезливости. Больные постоянно, особенно в вечернее время, чувствовали себя разбитыми, вялыми. Все ощущения носили « ноющий », « колющий », « тупой » характер. Периодически беспокоили « спазмы », « жжение » в различных частях тела.

Отличаясь внушаемостью, они с тревогой воспринимали рассказы других больных, выискивали у себя подобную симптоматику, не прислушиваясь к убеждениям о благополучном течении их соматического заболевания. В то же время стремились лечиться у « хороших » внимательных врачей. Испытывали страх перед неблагоприятными результатами обследования, искали помощи, сочувствия. Больные были обидчивы, не уверены в правильности своих поступков, постоянно испытывали потребность в поддержке. Эти пациенты были чувствительны к отношению окружающих, у них легко снижалось настроение в связи с малейшим недоверием к ним, недовольством, равнодушием.

Больной Г., 1951 г. р. Поступил 20.05.86, выписан 12.07.86.

Анамнез. Наследственность манифестными психозами не отмечена. Отец (54 года) с 20 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, в связи с чем был комиссован из армии. Отличается общительным, но упрямым, жестким характером. Довольно часто употребляет спиртные напитки. Мать отца также страдала язвенной болезнью, умерла от рака желудка. Матери больного 56 лет, с молодых лет страдает гипотонической болезнью. Мягкая, тревожная, мнительная. Младший брат очень общительный, « легко относится к жизни », выпивает, но семью сохраняет, неприятностей на работе не имеет.

Наш больной — первый ребенок. Беременность и роды у матери протекали благополучно. Рос спокойным но самостоятельным мальчиком. К лидерству активно не стремился, держался с товарищами на равных, сторонился драк, но обидчиков обычно « наказывал ». Был здоровым физически. В школу пошел в обычном возрасте, учился хорошо, т. к. был обязательным в подготовке уроков и довольно легко усваивал материал. Общественной работой не увлекался, выполнял отдельные общественные поручения без особой охоты. По окончании 10 классов поступил в высшее общеобразовательное училище, которое успешно закончил. В 21 год женился по любви,

от брака имеет двух здоровых дочерей. Отношения в семье не сложились уже в первые годы из-за упрямства обоих супругов, их неуступчивости. Вскоре жена с детьми уехала к родителям (когда он находился в отпуске). Узнав об этом, испытал злость, обдумывал планы мести, был раздражительным. Решил, что наиболее болезненным для жены будет его равнодушие. Сразу же успокоился, продолжал работать по специальности (начальник отделения в военкомате). Через полгода познакомился с женщиной, а вскоре вступил с ней в брак. У жены есть сын от первого брака 16 лет, отличающийся своенравием, переоценкой собственной личности, грубостью по отношению к матери. В связи с этим отношения с пасынком не сложились, отмечаются частые конфликты. Жена опекает сына, в связи с чем у супругов бывают частые ссоры (супруга больного находилась на лечении в клинике по поводу декомпенсации истеро-возбудимой психопатии).

С 1973 г. диагностируется гастрит с повышенной секреторной функцией, по поводу чего дважды лечился в госпитале с хорошим эффектом. В 1981 г. после укуса осы отмечалось состояние, развившееся по типу отека Квинке (резкая отечность, увеличение лимфатических узлов, общая тяжесть состояния), которое было снято врачами бригады скорой помощи. На следующий день появилась резкая боль в области желудка. На рентгенограмме определялась зарубцевавшаяся язва двенадцатиперстной кишки. Осенью этого и последующих 3 лет лечился стационарно по поводу обострения язвенной болезни. С 1984 года обострений не наблюдалось, но к этому времени почти постоянно отмечал вялость, слабость, раздражительность, испытывал страх перед возможным прободением язвы, в связи с чем часто обращался к врачам, читал медицинскую литературу. Состояние обычно ухудшалось после конфликтов в семье. В связи со снижением трудоспособности оставил работу по специальности, т. к. считал, что работа, связанная с психоэмоциональным перенапряжением, ему противопоказана. Отсутствие признаков обострения язвенной болезни не успокаивало больного, доводам врачей не всегда доверял. Разработал щадящий режим. Легкая утомляемость, истощаемость, слабость продолжали прогрессировать. Стал считать себя тяжело больным. Был проконсультирован психиатром и направлен на обследование и лечение в клинику НИИ ПЗ ТНЦ АМН СССР.

Психическое состояние. В начале беседы был несколько напряженным. Активно предъявлял жалобы на боли в области желудка, печени. Был фиксирован на наличии язвенной болезни, ее наследственном характере, испытывал страх перед прободением. Жаловался на головные боли в затылочной области, возникающие обычно при полнени. Был обеспокоен нарастающей слабостью, утомляемостью, снижением трудоспособности. Активно отмечал, что стал более раздражительным. Связывал это с конфликтной ситуацией в семье. Выглядел усталым, утомленным. Говорил тихим голосом, с частыми «вздохами» о том, что хочет полежать, отдохнуть, но в то же время старался изложить побольше жалоб соматического характера, быстро утомлялся.

Окулист: глазное дно без патологии.

Невролог: микроорганические знаки, вероятно, врожденного генеза.

ЭЭГ: низкоамплитудная ЭЭГ-активность.

Терапевт: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии длительной ремиссии. Рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Хронический холецистит вне обострения.

Лечение: диета № 2, витамины группы «В», «С», алоэ, питательные дозы инсулина, радедорм 5 мг, седуксен 2 мл в/м, эглонил 2 мл в/м, хлорпротиксен до 60 мг/сут, физиолечение, игло-рефлексотерапия, аутогенная тренировка с элементами гетеросуггестии.

В процессе лечения окреп, исчезли истощаемость, чувство постоянного утомления, страхи перед прободением язвы, стал адекватно относиться к своему заболеванию. Но в состояниях психоэмоционального перенапряжения иногда возникали астеноипохондрические реакции, которые купировались психотерапевтическим воздействием либо приемами аутогенного тренинга.

Катамнез показал, что астеноипохондрические проявления в психотравмирующих ситуациях, в осенне-весенние периоды носят характер реакций длительностью от нескольких часов до 7—10 дней. Активно занимается аутотренингом, отмечается хороший эффект. У терапевта раз в год амбулаторно проходит курс противо-язвенного лечения.

Диагноз: патологическое (ипохондрическое) развитие личности соматогенного происхождения. Астеноипохондрический вариант.

Анализ наблюдений. В анамнезе имеются указания на соматическую наследственную отягощенность. Преморбидный характерологический склад определяется акцентуированными эксплозивно-эпилептоидными чертами с склонностью к психосоматическому реагированию (обострения гастрита, язвенной болезни в условиях психической травматизации). Обнаружение язвенной болезни создало отчетливый ятрогенный фон с последующей переработкой и психогенным запуском алгически-ипохондрического синдрома. С 1982 г. ипохондрическая симптоматика начинает сочетаться с прогрессированием астенических нарушений, что снижает трудоспособность больного. Несмотря на отсутствие объективных признаков обострения или прогрессирования соматического заболевания, у больного убежденность в наличии «смертельного» заболевания сопровождается страхом перед «прободением», «наследственно-обусловленной катастрофой». Характерно усиление таких черт, как эксплозивность, требование особого к себе отношения, стремление обеспечить щадящий режим жизни.

Таким образом, на пятом году соматического заболевания, на фоне стойкой ремиссии сформировался очер-

ченный астеноипохондрический синдром, который вкупе с такими патохарактерологическими особенностями, как истеро-возбудимость, склонность к сверхценным образованиям, позволяет думать о патологическом развитии личности. Особенностью данной патологии является формирование мозаичной патохарактерологической структуры с ведущими астеноипохондрическими расстройствами, которые определяют жизненный стереотип больного.

Для больных с истероипохондрическим вариантом были характерны грубая демонстративность, театральность, стремление к лидерству, особому отношению к себе, которого они добивались самыми различными способами. Астеническая симптоматика была выражена в малой степени. На первый план выступали гротескные жалобы типа: «жжет по ходу вены», «выворачивает бок», «стреляет по позвоночнику», «выкручивает жилы», «пронзает стрелой» и т. д. Они подробно рассказывали о них врачу, просили «пощупать», «посмотреть», «обратить внимание». Типичной являлась фиксация внимания не на действительно пораженных органах, а на ощущениях, которые носили необычный, особый, «непонятный» характер.

Истероипохондрическая симптоматика была наиболее характерна для больных с заболеваниями дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта. Посещение врачей становилось неотъемлемой частью жизни больных. На работе они вели продолжительные «беседы» с сослуживцами о своих болезнях, формально относились к выполнению своих служебных обязанностей, были вспыльчивыми, грубыми, требовали к себе особого отношения. Вместе с тем продолжали тщательный уход за своей внешностью с постоянным объяснением типа: «вы не смотрите, что я слежу за своей внешностью, на самом деле я тяжело больна...», «как бы я ни была больна, я всегда слежу за своей внешностью».

Эти больные по-прежнему поддерживали более обширные контакты, причем их интересы обычно сосредоточены на состоянии своего здоровья. Они добивались стационарирования, стремились к лидирующему положению среди больных палаты, отделения, пытались диктовать медицинским работникам свои условия и

требования, в том числе и по поводу «необходимого лечения и обследования». Различными способами они стремились продлить срок госпитализации, вплоть до агравации, а порой и симуляции отдельных симптомов. В семье эти больные всегда эгоистичны, крайне капризны, непоследовательны в своих требованиях и претензиях, вспыльчивы, злобны. В то же время нередко в общении с людьми, вызывавшими у них уважение, в ситуации, где они представляли в неприглядном свете, у больных появлялась тревога, неуверенность, снижалась самооценка, возникали различного рода опасения.

Сходная симптоматика возникала и при выявлении объективной соматической патологии, особенно ранее не диагностируемой. Для иллюстрации истероипохондрического варианта патологического развития личности соматогенного происхождения приводим историю болезни.

Больная П., 1938 г. р. Поступила 19.05.83, выписана 9.07.83.

Анамнез. Младший брат матери — инвалид второй группы, страдал эпилепсией. Мать больной по характеру сдержанная, уравновешенная, сохранила хорошую память до 66 лет. В течение 25 лет страдает бронхиальной астмой с частыми обострениями. Отец был добрый, отзывчивый, заботливый семьянин. После смерти отца воспитывалась отчимом. Росла ослабленным, болезненным ребенком, страдала частыми респираторными заболеваниями, был диагностирован хронический бронхит с частыми обострениями. С раннего возраста отличалась впечатлительностью, ранимостью, склонностью к фантазированию, мечтательностью. Имела широкий круг друзей, стремилась занять лидирующее положение, любила петь, танцевать. В отношениях к окружающими была доброжелательной, легко прощала мелкие обиды. В школу пошла с семи лет. С учебной нагрузкой справлялась легко, обладала хорошей памятью. К 13—14 годам стала более общительной, жизнерадостной, наряду с этим несколько усилилась впечатлительность, ранимость, часто ссорилась с отчимом, отказываясь ему подчиняться. После ссор рисовала в своем воображении, что будет, если она повесится, испытывала желание что-нибудь сделать с собой, но попыток самоубийства не предпринимала. Месячные с 13 лет, в первый год болезненные. Окончила школу и два курса медицинского училища. Во время прохождения практики столкнулась с необходимостью ухода за тяжело больными, однако не выносила неприятного запаха, исходящего от тела больных, вида крови, гноя. Резко ухудшилось самочувствие, постоянно испытывала недомогание, общую слабость, оставила учебу. В 18 лет вышла замуж, особой привязанности, любви к мужу не испытывала. В семье часто возникали ссоры вследствие вмешательства свекрови. Во время одного из конфликтов со свекровью наблюдался озноб, дрожь во всем теле. В 1965 году успешно закончила педагогиче-

ский институт, работала по специальности. В 1970 году в период обострения хронического бронхита с астматоидным компонентом больная впервые отметила у себя приступы, сопровождавшиеся внутренней дрожью, головными болями, неприятными ощущениями в области сердца, «спазмами по ходу кишечника», расстройствами стула. Стала плаксивой, тревожной, мнительной. Постоянно читала медицинскую литературу, была убеждена в наличии у себя «серьезного» заболевания. Состояние особенно ухудшилось в 1975 году после операции под общим наркозом по поводу внематочной беременности. Испытывала «нечеловеческую» слабость, «невыносимые» боли в конечностях, однако продолжала работать по специальности. В семье свои обязанности переложила на мужа. Употребляла травы, часто обращалась за консультациями к известным специалистам, «знахарям» и т. д. Постепенно состояние улучшилось, однако продолжала вести шадящий образ жизни «для профилактики заболевания». Самочувствие ухудшилось в 1982 году после производственного конфликта, ущемлявшего интересы больной. Появились судорожные подергивания в конечностях, участились приступы удушья, возникло ощущение «комка» в горле, испытывала трудности в приеме пищи, считала это проявлением рака гортани. При малейшем эмоциональном напряжении начинала плакать, искала сочувствия среди сослуживцев, друзей и знакомых. Охотно сообщала им о своих болезненных ощущениях, считала себя тяжело больной, требовала к себе особого отношения. Испытывала ощущения стягивания за грудиной, снижалось настроение, возникало ощущение «комка» в горле, беспокоили неприятные, «ломающие» боли в позвоночнике и других органах. Стала раздражительной. Возобновились приступы, сопровождающиеся чувством внутренней дрожи, расстройствами стула. Ввиду низкой эффективности лечения у врачей поступила на обследование и лечение в клинику.

Психическое состояние. Легко и охотно вступала в контакт. Была многословна, подробно сообщала анамнестические сведения. Предъявляла массу жалоб соматического характера, в процессе беседы обнаруживая новые. Держалась с достоинством, старалась произвести благоприятное впечатление на врача, была демонстративна. Жаловалась на ощущение «стягивания» за грудиной, постоянное ощущение «комка» в горле, усиливающееся при волнении. В этих же ситуациях появлялось чувство нехватки воздуха, сухость во рту. Предъявляемые жалобы носили необычный характер: «внутри все сжалось», «перекручивает вены», «по телу желвак идет», «щиплет сердце», «мелкие иголки ходят по телу» и т. д. Во время физической нагрузки возникали локальные боли в правой ушной раковине, в надбровных областях. Постоянно испытывала чувство внутреннего раздражения, которое в последнее время «выливает» на окружающих. Часто беспокоили приступы внутренней дрожи, головные боли, боли в области сердца, сопровождаемые бледностью кожных прокровов, ощущением «спазма» в желудке, кишечнике с последующим расстройством стула. На протяжении беседы не обнаруживала признаков утомления, оставалась многоречивой, в процессе предъявления жалоб на глазах появлялись слезы, но при изменении темы разговора быстро успо-

каивалась. Мнестико-интеллектуальных нарушений не было выявлено.

ЭКГ: без патологии.

ЭЭГ: в пределах нормы.

Заключение терапевта: хронический бронхит в стадии ремиссии. Данных об ИБС нет.

Заключение невропатолога: резидуальная микросимптоматика врожденного характера. Шейный остеохондроз вне обострения.

Экспериментально-психологическое исследование выявило ипохондрическую фиксацию личности с выраженными истерическими чертами.

Диагноз: патологическое ипохондрическое развитие личности соматогенного происхождения. Истероипохондрический вариант.

В результате проведенного лечения (аутотренинг, гипнотерапия, семейная, коллективная психотерапия, пропазин, аминазин, седуксен, общеукрепляющие препараты) состояние больной улучшилось. Стала спокойнее, мягче, изменила отношение к своему заболеванию, но оставались явления ипохондрической «настороженности».

Катамнез 1984-86 гг. показал, что больная продолжает работать по специальности. К врачам соматического профиля обращалась дважды из-за обострения хронического бронхита (астматоидный компонент практически не выявлялся).

Анализ случая. Заболевание развивается у личности с истеросенситивными чертами, о чем свидетельствуют массовые истерические реакции, возникавшие в конфликтных ситуациях. В то же время указанные расстройства не могли быть расценены в качестве начала заболевания, поскольку они характеризовались кратковременностью, обратимостью и не оказывали в течение многих лет влияния на социально-трудовую адаптацию. В 1970 г. в период обострения хронического бронхита с появлением астматоидного компонента у больной выявляются выраженные вегетативно-висцеральные расстройства, мысли о наличии тяжелого заболевания, которые исчезают после лечения основной соматической патологии. Обострение заболевания отмечается в 1975 г. после операции под общим наркозом, которая явилась провоцирующим фактором. В этот период стойкие реальные вазовегетативные нарушения в силу истерических черт у больной приобретают сенестопатическую окраску. Отмечается стабилизация патохарактерологических расстройств и ипохондрического синдрома, который становится ведущим в клинической картине и определяет «тропность» больной к определенным психотравмирующим воздействиям среды.

При эксплозивно-ипохондрическом варианте «ипохондрический сдвиг личности сочетался с несдержанностью, возбудимостью, грубостью, брутальностью. При этом варианте ипохондрический эгоизм приобретал особенно выраженный характер. Больные совершенно не считались с окружающими, стремились грубо диктовать свои условия, требовали их неукоснительного исполнения. Они были несдержанными с врачами, злобными с младшим медперсоналом.

Весьма характерными были периоды дисфорических состояний с их четкой зависимостью от психотравмирующих воздействий. Эти пациенты были злопамятными, мстительными. Чаще всего «вспышки» злобы сопровождалась аффективно-суженным состоянием сознания, во время которого больные не всегда помнили о том, что они говорили и делали. Астенические расстройства отмечались лишь после «взрывов» аффекта или физического перенапряжения и обычно постепенно исчезали в течение нескольких дней после отдыха, тем более, эта категория больных тщательно соблюдала щадящие режимы. Нередко злобу, агрессивность вызывали те люди и обстоятельства, которые нарушали «покой» больных.

В профессиональных условиях эти больные неплохо выполняли свои обязанности. Трудоспособность снижалась в периоды усиления астенической симптоматики, однако в обращении с коллегами они были нетерпимыми, являлись инициаторами ссор, конфликтов. Больные настойчиво обращались в лечебные учреждения, так как испытывали различные по интенсивности и характеру ощущения. Для этой группы больных наиболее типичным было наличие немногочисленных, но выраженных «прокальваний» «ударов тока», «жжения», «подергиваний», «выкручиваний». Больные описывали их как мучительные, не снимавшиеся при применении различных лекарственных средств и процедур, ощущения. К стационарированию больные обычно не стремились, поскольку создаваемые ими конфликтные ситуации снижали терапевтический эффект и нарушали взаимоотношения как с окружающими, так и с медицинскими работниками. В периоды дистимических расстройств настроения больные нередко обращались с жалобами к

администрации лечебных учреждений, но не были склонны к сутяжной деятельности.

В семье они отличались мелочностью, злопамятностью, требовали создания себе особых условий, постоянно демонстрировали тяжесть своего соматического страдания. При психотравмирующих ситуациях, лично и объективно значимых, больные становились тревожными, беспокойными, испытывали различного рода опасения, теряли уверенность в себе.

Больные с паранойяльно-ипохондрическим вариантом представляли собой трудную в реабилитационном плане группу больных. Ипохондрическая убежденность у этих пациентов была совершенно непоколебимой. Они широко пользовались медицинской, чаще всего научно-популярной литературой, выбирая ту симптоматику и те заболевания, которые соответствовали их представлениям о состоянии собственного здоровья. Несмотря на часто благоприятное течение соматического заболевания, больные скрупулезно анализировали любое изменение самочувствия. Для них была наиболее характерна сенестопатическая окрашенность ощущений, которые были малочисленными, а порой единичными. Круг интересов этой группы больных был крайне узок. Они занимались исключительно анализом своих ощущений, добивались консультаций профессоров, обращались в различные инстанции с жалобами на «некомпетентность» врачей, «неправильную постановку лечебного дела» и т. д.

Трудовая деятельность этих больных была нарушена не столько за счет астенических и соматических расстройств, сколько в результате их убеждения в собственной исключительности в связи с тяжелым состоянием здоровья, а также нежеланием «нагружать свой организм работой». В коллективе они были конфликтными, обидчивыми, требовали к себе особого отношения.

Больные постоянно доказывали и демонстрировали тяжесть и особенность своего заболевания. Их целью при обращении к врачам было требование о направлении на ВТЭК, получение документа о возможности снижения объема трудовой деятельности, но они не интересовались возможностью квалифицированного лечения. Кроме этого, эти больные обычно не выполняли назна-

чений врача или делали это выборочно с учетом своих убеждений. Они никогда не отмечали улучшения состояния, демонстрировали его «ухудшение», если назначенная терапия не соответствовала их требованиям. Свои контакты с окружающими каких-либо интересов. В семье они освобождали себя от малейших нагрузок и обязанностей, требовали «признания» своего «тяжелейшего» заболевания. Для этой категории больных наиболее характерным было «лечение у бабок», «экстрасенсов» и т. д.

Приводим краткое клиническое наблюдение, соответствующее данному варианту.

Больной С., 1949 г. р. Поступил 25.04.85 г., выписан 07.06.85 г.

Анамнез. Наследственность манифестными психозами не отмечена. Отец — профессор, заведующий кафедрой. По характеру уравновешенный, выдержанный, пользовался авторитетом у подчиненных. Мать отличалась тревожно-мнительными чертами характера. Наш больной родился недоношенным (7 месяцев) с весом 2700. Рос болезненным, ослабленным ребенком. Родители, особенно старшая сестра, опекали, баловали, старались освободить от работ по ведению домашнего хозяйства. В дошкольный период был робким, стеснительным, неуверенным в себе. В школу пошел с 7 лет, закончил 10 классов, с учебной нагрузкой справлялся легко. Всегда с завистью относился к физически развитым подросткам, старался подражать им, активно занимался спортом. Посредственные спортивные успехи старался компенсировать отличными знаниями «престижных» предметов (физика, математика), читал дополнительную литературу. В 15—16 лет наблюдались психогенно обусловленные реакции «оцепенения», связанные с необходимостью быстрого принятия решений (драки). По окончании школы успешно закончил Томский государственный университет, следуя пожеланиям отца, занялся научной работой. В 18 лет влюбился, но родители невесты были против брака, больной же не был достаточно настойчивым. В последующем в общении с женщинами был осторожен, рационален. Намерен был создать семью, но «все знакомые ему женщины не подходили для этого». В течение многих лет страдает хроническим тонзиллитом с частыми обострениями. С 1970 года осенью и весной отмечает у себя обострение заболевания без температурной реакции, но с головными болями, чувством жара, озноба, головокружениями. Весной 1974 года вновь появились слабость, головные боли, головокружения, боли в животе, изжога. Диагностированы язва двенадцатиперстной кишки, хронический гастродуоденит. После лечения состояние улучшилось, однако беспокоили головные боли, слабость. По рекомендации врачей произведена тонзиллэктомия, однако состояние после операции не улучшилось, по-прежнему 1—2 раза в месяц отмечалось обострение хронического фарингита. Усилились головные боли, которые стали сочетаться с неприятными тягостными ощущениями в различных частях тела. Снизилась потенция, периодически отме-

чались приступы озноба, жара, сопровождавшиеся сердцебиением, лабильностью пульса. Появились мысли о наличии серьезного заболевания, стал обращаться за консультациями к различным специалистам. Был убежден, что комплекс «соматических расстройств» возник вследствие ошибочной тонзиллэктомии. Для подтверждения своей концепции перечитал массу медицинской литературы, где сообщается о тяжелых последствиях тонзиллэктомии в зрелом возрасте. Постоянно обращался в лечебные учреждения общесоматического профиля. Число дней нетрудоспособности за 1984 год — 96. С целью лечения и обследования поступил в клинику НИИ ПЗ ТНЦ АМН СССР.

Психическое состояние: в беседу вступал с некоторой настороженностью, недоверием. На вопросы отвечал по существу, излишне детализируя свои жалобы. Подробно, с увлечением, рассказывал о том, как проходил обследование у «известных всему городу» квалифицированных специалистов, проходил лечение «согласно новых методик», но все это не приносило ни «малейшего улучшения». В разговоре свободно пользовался медицинской терминологией, бравируя своей осведомленностью. Был фиксирован на различного рода болезненных ощущениях. К госпитализации относился как к должному, необходимому факту, поскольку считал себя «трудным» больным. Высказывал уверенность, что предстоящее лечение будет малоэффективным.

ЭКГ: без патологии.

ЭЭГ: в пределах нормы.
Заключение терапевта: язва двенадцатиперстной кишки вне обострения. Хронический гастродуоденит.

Под влиянием лечения (транквилизаторы седативного спектра действия, пропазин внутримышечно, ЛФК, рефлексотерапия) состояние больного улучшилось. Паранойяльные идеи дезактуализировались.

Диагноз: патологическое ипохондрическое развитие личности соматогенного происхождения. Паранойяльно-ипохондрический вариант.

Анализ случая. Заболевание манифестирует у личности с шизоидными чертами в тесной связи с сочетанными соматическими заболеваниями на фоне церебрально-органической (дисэнцефальной) недостаточности. Усиление свойственных больному подозрительности, недоверчивости выступает в качестве существенного фактора в возникновении ипохондрических реакций, приобретающих с самого начала доминирующий, а затем и сверхценный характер, тесно связанный с реакциями гиперкомпенсации детско-подросткового и юношеского возраста. В последующем ипохондрические реакции под влиянием незначительного (тонзиллэктомия) оперативного вмешательства довольно быстро приобретают паранойяльный характер, существенным образом изменяя характерологическую структуру и жизненный

стиль больного. Отмеченные особенности клинической динамики ипохондрических расстройств во многом совпадают с описанными ранее [Насруллаев Ф. С., 1980] закономерностями ипохондрически-сутяжного варианта патологического развития личности травматического генеза. Однако в анализируемом случае, с нашей точки зрения, церебрально-органическая недостаточность оказывает патопластическое влияние, в то время как основную этиологическую роль играет соматический фактор. Следует отметить, что важным звеном в патогенетических механизмах патологического развития личности является преморбидный характерологический склад. Особенностью данного случая является сложное взаимодействие соматогенных, конституционально-биологических и церебрально-органических факторов в генезе заболевания, причем клинический анализ их роли на различных этапах заболевания оказывает решающее воздействие на своевременность диагностики патологического ипохондрического развития личности и выбор адекватных реабилитационных мероприятий.

В заключение следует указать, что в группе больных с психотическими ипохондрическими состояниями соматогенного происхождения отмечено появление стойких сенесто-алгических расстройств, не соответствующих объективной тяжести соматического страдания, заострение преморбидных личностных черт на первом этапе заболевания, а также быстрая кристаллизация ипохондрических расстройств под воздействием дополнительных неблагоприятно влиявших факторов при положительной динамике собственно соматического страдания. Указанные клинические особенности позволяют оценить их как ранние диагностические критерии. Формирование мозаичных патологических образований, сопровождающихся социально-трудовой и семейно-бытовой дезадаптацией, позволяет думать о наличии патологического ипохондрического развития личности соматогенного происхождения.

Глава V

ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В ДИНАМИКЕ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ

Общим для всех ипохондрических состояний, в том числе и наблюдающихся при эндогенных психозах, является убеждение больных о наличии у них реально не существующего заболевания или физического недостатка. Патологические чувствования могут быть включены в более или менее правдоподобную систему представлений о мнимой болезни, но могут и не сопровождаться какой-либо идеаторной переработкой в сознании больного.

Сходство переживаний сопряжено с некоторыми общими чертами и в поведении больных. Кроме того, ипохондрические состояния характеризуются и некоторыми общими тенденциями течения тех заболеваний, в рамках которых они наблюдаются.

Известно, что в значительной части тех случаев шизофрении, когда ипохондрический синдром занимает в клинике ведущее место, течение болезни характеризуется относительно благоприятными тенденциями [Наджаров Р. А., 1983; Смулевич Р. Б., 1983]. Выраженность позитивных расстройств со временем может меняться, но структура их длительное время не усложняется, негативные расстройства нарастают довольно медленно, личность больного, несмотря на снижение, порою довольно значительное, остается относительно сохранной.

В противоположность этому при аффективных психозах появление стойких ипохондрических расстройств в структуре фаз (главным образом, затяжных) или ремиссий свидетельствует об их атипичности либо осложненности. Это нередко сопровождается снижением уровня социальной адаптации, изменениями характера, лич-

ности. В совокупности это несколько сближает подобные случаи с некоторыми ипохондрическими вариантами шизофрении.

Психиатры, признающие нозологическую самостоятельность инволюционного психоза, считают, что для него характерны ипохондрические и в особенности тревожно-ипохондрические состояния [Суханов С. А., 1914, Столновская О. К., 1959]. Те же, кто полагает, что инволюционный психоз как самостоятельная нозологическая форма не существует, объясняют частоту ипохондрических и тревожно-ипохондрических расстройств в подобных случаях влиянием биологических, психологических и социальных факторов, сопряженных с возрастом и периодом инволюции.

В силу этого сложились разные взгляды на нозологическую природу ипохондрических расстройств. Одни считают ипохондрический психоз самостоятельной нозологической формой, другие склонны сближать с шизофренией атипичные аффективные психозы с выраженным ипохондрическим радикалом в клинической картине, третьи подчеркивают нозологическую неспецифичность этих расстройств. Соответствующие случаи определяются в нозологических рамках шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, инволюционного психоза.

Следует подчеркнуть, что различия в оценке нозологической принадлежности ипохондрических психозов совершенно естественны и отражают различия подходов, школ, научных направлений. Независимо от того, что оценки и обозначения могут быть различны, имеются в виду одни и те же группы состояний, которые синдромологически определяются более или менее однозначно. В этом смысле можно считать, что клиника и систематика ипохондрических психозов в их развитых формах достаточно разработана.

Рассмотрим менее изученные ипохондрические состояния в рамках эндогенных психозов. Это ипохондрические расстройства, возникающие как этап развития психозов иной структуры, либо как более или менее длительные эпизоды в ходе формирования ремиссии, либо как тип ремиссионного состояния. Именно такие «недовыраженные», переходные расстройства соз-

дают серьезные диагностические трудности в клинике пограничных состояний. Наряду с собственными описаниями и данными анализа патогенетических факторов мы приводим и литературные данные, необходимые в контексте рассматриваемой проблемы.

Ипохондрические состояния на начальных этапах эндогенных депрессий

На начальных стадиях развивающихся эндогенных депрессий нередко возникают состояния, в которых ведущей становится ипохондрическая симптоматика. Можно выделить два основных вида подобных состояний. Первый можно определить как депрессивно-ипохондрическую настроенность. Фоном, на котором обычно развиваются подобные картины, служит общее недомогание, снижение настроения, активности и работоспособности. Больные, пытаясь каким-либо образом объяснить эти явления, не распознанные как признаки депрессии, строят различные предположения о наличии у них какого-то соматического или неврологического заболевания. Нарушения сна, аппетита, запоры и другие характерные для депрессии явления трактуются больными как признаки физического недуга, а снижение настроения — как его естественное следствие. Чаще всего подобные переживания формируются у больных с тревожной мнительностью и ипохондрической настроенностью в преморбиде и выглядят как заострение этих особенностей в условиях дурного самочувствия. Подобные же опасения возникают и у лиц, не обнаруживавших в прошлом черт ипохондричности и даже пренебрегавших незначительными недомоганиями. В ситуациях, когда наступает необъяснимое для них ухудшение самочувствия, предположение о какой-то соматической болезни и адекватная этому предположению тревога выглядят вполне естественно. В соответствии со своими опасениями больные обращаются к врачам. Весьма частое явление — это попытка специалистов объяснить клиническую картину исходя из предположений об атипичных проявлениях каких-либо заболеваний: тиреотоксикоза, гепатохолецистита, язвенной болезни и т. п.

Опасения в связи с предполагаемым соматическим заболеванием бывают достаточно выраженными и тягостными для больных. Тем не менее они, как правило, не носят характера твердого и непоколебимого убеждения. Предположения о болезни носят обычно нестойкий характер, фабула страхов меняется. Больные склонны прислушиваться к аргументам врача. Более того, они стремятся к тому, чтобы их успокоили, разубедили и относительно легко поддаются этому. Однако если плохое самочувствие сохраняется, опасения вскоре вновь актуализируются.

Второй вид расстройства — это тревожно-ипохондрические пароксизмы. Они сопровождаются выраженным страхом смерти от какого-либо заболевания (чаще всего сердечно-сосудистой, дыхательной систем). Тревожные опасения такого содержания, беспокоящие больного более или менее постоянно, внезапно резко нарастают, охватывают больного, полностью овладевают его сознанием. Эти переживания сопровождаются ощущением сильного сердцебиения, удушья, болями в области сердца, обильными вегето-сосудистыми реакциями. Нередки и другие проявления, свидетельствующие о нарушении гипоталамической регуляции, — кишечные дисфункции, полиурия. Длительность подобных состояний — от нескольких минут до нескольких часов. Диапазон диагностических предположений, возникающих у врачей, к которым обращаются такие больные, очень широк: от невроза с синдромом кардиофобии до диэнцефальной эпилепсии и инфаркта миокарда. Диагностические сложности связаны обычно с тем, что описанные выше пароксизмально возникающие состояния весьма выразительны. Нередко они как бы заслоняют собой все остальные менее яркие, но весьма важные в диагностическом отношении проявления, такие как сниженный фон настроения, типичные нарушения сна с ранними пробуждениями, снижение аппетита, более выраженные в первой половине дня. Более тщательный опрос позволяет выяснить следующее: после раннего, спонтанного пробуждения больной испытывает вялость, подавленность, ощущается физическая тяжесть, затрудненность движений, трудность в сосредоточении внимания.

Снижение настроения, тоска, неприятные ощущения за грудиной во время утренних периодов спонтанно называются больными. Однако, говоря о своем состоянии и затрудняясь в его описании, они нередко совершают характерные движения рукой, приближая ее к груди, после чего выясняется, что именно здесь они испытывают какое-то неприятное ощущение, максимально выраженное вскоре после пробуждения, в первой половине дня, а иногда и по вечерам. Правда, утром и вечером неприятные ощущения не совсем одинаковы. Вечером больше выражены оттенки тревоги, возбужденности, беспокойства.

В процессе диагностической беседы выявляются другие характерные штрихи. Обычно вопросы врача строятся таким образом, чтобы они исключали возможность индуцированных ответов. Для описываемых состояний характерно, что даже люди достаточно хорошо дифференцирующие понятия, относящиеся к эмоциональной сфере, не могут детально описать свое состояние, если вопросы о нем построены в такой форме. Однако, когда после выяснения общей картины задают уточняющие вопросы, больные соглашаются с этим так, как это делают люди, давно искавшие подходящее слово, но не находившие его. Они как бы узнают свои переживания в картине, которую им помогает воссоздать врач. Окончательную ясность в диагностику обычно вносит терапия. Лечение мнимых соматических болезней не приносит облегчения. Экстренные меры, направленные на купирование тревожно-ипохондрических приступов, прекращают пароксизм, однако существенно состояние не меняется. Несколько облегчают состояние больных транквилизаторы, однако эффект их обычно недостаточен. По мере снижения тревоги нередко становится более отчетливой собственно депрессивная симптоматика.

Назначение антидепрессантов предпочтительно с анксиолитическим компонентом действия (амитримтин, герфонал, мегансан, синекван и т. п.) существенно меняет состояние больных. При последовательном повышении доз и правильном их подборе отчетливый эффект наступает через 8—12 дней.

Иногда диагностическая ситуация осложняется тем, что фаза прекращается спонтанно. В этих случаях эф-

фект приписывается тому лечению, которое проводилось больному по поводу его мнимого соматического заболевания, и это служит аргументом в пользу его диагностики. Все становится на места при повторении фаз, при отчетливой циркулярности аффективных расстройств.

Для иллюстрации клинических особенностей ипохондрической симптоматики, развивающейся на начальных этапах эндогенных депрессий, приводим следующее клиническое наблюдение.

Большая И., 1946 г. р. Поступила 10.05.84 г., выписана 16.07.84 г. Анамнез. Раннее развитие без особенностей. Переболела всеми детскими инфекциями в легкой форме. Росла послушной, несколько робкой, застенчивой. В школу пошла вовремя, училась без особых успехов. В пубертатном периоде усилились застенчивость, нерешительность, мнительность. Была вынуждена оставить школу, поступила работать ученицей на швейную фабрику. Быстро освоила необходимые профессиональные навыки, однако в течение длительного времени в коллективе чувствовала себя скованно, избегала неформальных контактов, неохотно участвовала в общественных мероприятиях, в то же время всегда охотно помогала коллегам по работе; оставалась во вторую смену вместо заболевшей работницы, не отказывала в материальной помощи и др. В 18-летнем возрасте впервые влюбилась, однако в силу своей застенчивости тщательно скрывала от окружающих свое чувство. В то же время тяжело переживала отсутствие внимания и заинтересованности к себе со стороны любимого ею молодого человека. В этот период снизилось настроение, считала себя неудачницей, поскольку, обладая, по мнению окружающих, привлекательной внешностью, не могла заинтересовать своего избранника. Стала слезливой, появились бессонница, слабость, вялость, утомляемость, резко снизилась работоспособность, ухудшился аппетит, похудела. Периодически появлялась непонятная тревога, чувство тяжести за грудной. Состояние особенно ухудшилось после того, как ее избранника призвали в армию. Отметила, что в этот период потеряла всякий интерес к жизни, жизнь стала бесперспективной и унылой, «мир потерял все краски». Больной казалась, что она не переживет разлуку с любимым, однако через три месяца самочувствие улучшилось, так как стала забывать свое увлечение. В последующем вышла замуж, семейная жизнь сложилась удачно. От брака имеет двоих детей. Состояние ухудшилось весной 1984 г. (36 лет), когда впервые появилась бессонница, головные боли, неприятные ощущения в области сердца и правом подреберье. Обследовалась у терапевта, кардиолога. Патологии не обнаружено. Появились мысли о том, что страдает каким-то особым заболеванием, которое трудно диагностировать рядовому врачу. Неоднократно консультировалась у различных специалистов, однако какой-либо серьезной патологии не было обнаружено. В то же время самочувствие ухудшалось. Практически постоянно чувствовала боли в области сердца, вре-

мени испытывала чувство удушья, нехватки воздуха. Летом, после санаторно-курортного лечения состояние улучшилось, однако осенью вновь возникли головные боли, чувство общего недомогания, слабости, вялости. Резко ухудшился аппетит, появились запоры, похудела на 4 кг. Ухудшился сон: длительное время не могла заснуть, но рано утром просыпалась от болей в области сердца, сопровождавшихся сердцебиением. Практически весь день испытывала слабость, вялость, не справлялась с производственными заданиями. При незначительном физическом напряжении появлялись слабость, потливость, сердцебиение, одышка, боли в сердце. Неоднократно консультировалась у кардиолога. Был поставлен диагноз: «вегетативно-сосудистая дистония». Лечилась стационарно в кардиоцентре в течение трех недель без существенного эффекта. После выписки состояние вновь ухудшилось: усилились слабость, вялость, тревожные опасения за состояние своего здоровья, актуализировались мысли о наличии серьезного заболевания. Была направлена на обследование в отделение по изучению пограничных состояний.

Психический статус. В контакт вступает охотно. Выглядит несколько старше своих лет. Голос тихий, маломодулированный, выражение лица страдальческое. На глазах во время беседы появляются слезы. Жалуется на неприятные ощущения в области сердца, указывая, что эти ощущения очень трудно поддаются определению («сверлит», «ноет» и т. д.). Практически постоянно испытывает слабость, вялость, которые считает следствием хронического недосыпания. Ночью долго не может заснуть, сон поверхностный, беспокойный, с частыми пробуждениями. Временами появляются чувство нехватки воздуха, сердцебиения, страх смерти. Обеспокоена своим похудением, связывает его с возможным онкологическим заболеванием, которое еще не могут диагностировать врачи. В процессе беседы спонтанно перешла на изложение жалоб, связанных со снижением настроения, тревогой и опасениями за свое здоровье. Особенно плохо чувствует себя утром, т. к. «все тело налит свинцом», нет сил двигаться и только сознание необходимости собирать детей в школу заставляет ее встать с постели и выполнить привычную домашнюю работу. Сообщила, что утром практически постоянно чувствует какую-то тяжесть за грудной, которую она считает проявлением «миокардиодистрофии» и лечит кокарбоксилазой. Указывает, что в последнее время эффективность кокарбоксилазы резко снизилась и не влияет на тяжесть за грудной. Через 1—2 часа после пробуждения явления слабости, разбитости, тяжести за грудной самостоятельно исчезают, в этот же период заметно увеличивается работоспособность. К вечеру вновь испытывает усталость, даже если днем не была занята физическим трудом. Усиливаются неприятные ощущения в позвоночнике, правом подреберье, появляется тревога за свое здоровье, мысли о наличии серьезного заболевания. В отделении первое время малозаметна, отказывается от внутриотделенческих мероприятий, постоянно просит врача повторно направить на консультацию к кардиологу, снять кардиограмму и т. д. Было начато лечение (амитриптилин 4,0 с реланиумом 2,0 внутривенно капельно). После 5 сеансов состояние больной резко улучшилось: выровнялось настроение, исчезли тяжесть за грудной, тревожные опасения за свое

здоровье, нормализовался сон, появилась вера в выздоровление. Была переведена на пероральный прием амитриптилина в дозе 75 мг в сутки с 15 мг сибазона. Начата рациональная психотерапия, через три недели больная оказалась в состоянии приступить к занятиям аутотренингом, лечебной физкультурой. Выписана со значительным улучшением.

ЭЭГ: фоновая активность представлена доминирующим альфаритмом с четкими региональными различиями. При функциональных нагрузках отмечается инертность основных психических процессов. ЭКГ: без существенных отклонений.

Невропатолог: сглаженность левой носогубной складки, оживление сухожильных рефлексов, признаки вегетативной дисфункции.

Терапевт: нейроциркуляторная дистония. Хронический неспецифический колит вне обострения.

Психологическое обследование. Профиль ММП1 расположен на уровне 70—90 Т-баллов. Шкалы 1, 2, 3, 6, 7. Психологическое исследование обнаруживает склонность к реакциям депрессивно-ипохондрического круга. Память, интеллект в пределах полученного образования.

Катамнез. Повторно лечилась в нашей клинике в 1988 г. Отмечает у себя отсутствие колебаний настроения, тяжести за грудной. Свое пребывание в клинике объясняет необходимостью вновь тщательно проверить «весь организм». Работает по специальности. Строго соблюдает режим, диету. Себя считает пациентом с «подорванным» здоровьем, которое требует периодической «профилактики».

Диагноз. Маниакальный депрессивный психоз. Депрессивно-ипохондрический синдром.

Анализ случая. Заболевание развивается у личности с преобладанием в преморбиде черт застенчивости, сензитивности, ранимости, о чем свидетельствуют трудности адаптации в школьном коллективе. Важно подчеркнуть, что у больной в доболезненном периоде не было истинной отгороженности, замкнутости, свойственной шизоидным личностям, а ограничение контактов носило вторичный характер и объяснялось свойственной больной робостью и неуверенностью. Манифестация заболевания относится, по нашему мнению, к возрасту 18 лет, когда в период своего увлечения и «неразделенной» любви можно отметить такие, характерные для скрытых («ларвированных») депрессий, признаки, как пониженная самооценка, снижение настроения, чувство безысходности, расстройство сна, аппетита. Не преуменьшая значимости психологических факторов в генезе этого состояния, следует отметить, что предрасположенность к депрессивному типу реагирования окрашивает все переживания больной и определяет ее поведение. Обращает на себя внимание факт довольно быстрой

редукции состояния влюбленности, которую лишь с известной долей условности можно объяснить действием психологических факторов. Следующий приступ возник спонтанно, однако его адекватная диагностика была затруднена обилием соматических жалоб («соматизированная депрессия»), невыраженностью собственно аффективных расстройств, улучшением состояния под влиянием санаторно-курортного лечения. Очередное ухудшение наблюдается осенью этого же года. Следует отметить, что в большинстве наших наблюдений, особенно на начальных этапах развития заболевания, отмечается зависимость обострения аффективной патологии от сезонных воздействий. Однако и третий приступ также сопровождался разнообразными жалобами на неблагополучие со стороны соматической сферы, невыраженностью собственно аффективных расстройств, которые выявились только в процессе стационарного обследования. В пользу первостепенной значимости аффективной патологии в формировании ипохондрических расстройств свидетельствует также и хороший эффект трициклических антидепрессантов. В последующем у больной не наблюдается возникновения аффективных приступов, однако склонность к реакциям ипохондрического типа остается стабильной, что позволяет говорить о включении ипохондрических нарушений в общую структуру патохарактерологических расстройств. Против диагноза вялотекущей шизофрении свидетельствует отсутствие у больной нарастания эмоционально-волевых нарушений, расстройств мышления и др.

Ипохондрические расстройства на высоте развития аффективных фаз

При углублении депрессивной симптоматики ипохондрические проявления обычно «стираются», «растворяются» в структуре меланхолического синдрома. Однако некоторые атипичные депрессивные состояния могут и в стадии полного развития включать в себя ипохондрические проявления в качестве одного из основных синдромообразующих элементов. Нередко это сопряжено с тенденцией к затяжному течению депрессии. О. И. Аксенова (1980), И. О. Аксенова и Р. Я. Вовин (1982)

так описывают депрессивно-ипохондрический синдром в рамках затяжных эндогенных депрессий: «на фоне сниженного настроения (угрюмо-раздражительного или тревожно-тоскливого) доминировали ипохондрические проявления, т. е. в отличие от других синдромов в переживаниях больного доминировало телесное «Я». Ипохондрическая симптоматика могла бы неоднозначной, и составляющие ее проявления представляли собой континуум от преимущественно сенестопатических или алгических расстройств до доминирующих или даже сверхценных идей с нозоманическим содержанием». Варьирует, по наблюдениям авторов, и выраженность собственно аффективных нарушений — от мягких субдепрессивных форм до полностью завершенных депрессивных состояний. Описывается и «дополнительная» симптоматика в виде дисфорических включений и вегетативных кризов.

И. О. Аксенова, И. О. Аксенова и Р. Я. Вовин (1982) описывают два варианта депрессивно-ипохондрических состояний. Один из них развивается постепенно, начинаясь с соматических симптомов, среди которых преобладает алгический. Кроме алгических наблюдались гастронтеральные явления — тошнота, рвота, иногда жидкий стул. Значительное место занимают сенестопатические явления в виде жжения, жара, стягивания, онемения. Авторы подчеркивают, что сниженное настроение, обычно тревожно окрашенное, рассматривалось больными, а нередко и врачами на первых этапах, как вторичное, возникшее в результате физических страданий. В связи с этим пациенты длительно лечились у врачей различных специальностей, прежде чем попадали к психиатру.

Второй вариант развивался быстро в форме тревожно-депрессивного синдрома. Позднее присоединялись ипохондрические переживания, в комплекс которых также включались алгические и сенестопатические явления.

Анализируя совместно с И. О. Аксеновой и Р. Я. Вовиным их клинические данные, мы нашли, что тенденция к затяжному течению депрессий, в том числе и депрессивно-ипохондрических состояний, связана не с действием какого-либо одного, отдельно взятого фактора, а их совокупностью: пожилой возраст, соматическая

(главным образом, сосудистая) отягощенность, резидуально-органическая мозговая недостаточность, конфликтные отношения со значимыми представителями микросоциального окружения. В то же время сама структура синдрома не обнаружила сколько-нибудь заметных связей с этими факторами, т. е. представляется главным образом эндогенно обусловленной.

Это лучше всего отражает необходимость комплексного подхода к терапий подобных состояний. Она должна включать в себя, наряду с собственно антидепрессивным лечением, меры, направленные на нормализацию соматического состояния, средства, улучшающие мозговой метаболизм, условия функционирования мозга — рассасывающие, дегидратирующие средства. Весьма значительная роль принадлежит психотерапии в ее индивидуальной и групповой формах, решению проблем социальной адаптации больного.

Ипохондрические состояния на завершающих этапах приступов эндогенных психозов

Анализируя формирование ремиссии при шизофренических приступах, мы выделили ряд последовательных этапов этого процесса. В типичных случаях в ряду последовательно сменяющих друг друга этапов заключительное место, граничащее с ремиссией, занимает этап расстройств невротического уровня.

К этому времени психопатологические проявления глубоких регистров (параноидные, кататонические, аффективные), создававшие картину психотического приступа, уже претерпели ряд изменений. Сначала они редуцировались, затем распались на отдельные, не связанные жестко между собой фрагменты, после этого сменились аффективными расстройствами циркулярного характера (депрессии или гипомании). По мере исчезновения аффективных расстройств наступает этап, на котором ведущими становятся расстройства невротического уровня. Главным образом это обсессивно-фобические и астенические явления. Навязчивый характер носят воспоминания о перенесенном психозе, опасения рецидива. Постепенно спектр патологических переживаний

смещается в сторону навязчивых сомнений больного в собственной состоятельности при встрече с реальными жизненными трудностями. Гармонирует с этими переживаниями и астеническая симптоматика — вялость, утомляемость, невозможность на длительный срок сосредоточить внимание. В условиях психофармакологического лечения в этих состояниях не выявляются, как правило, признаки эмоциональной лабильности, бессонница, головная боль. Опасения, сомнения постепенно утрачивают свою «понятную» направленность. Тревога выражается теперь в виде боязни остаться одному, в опасении при переходе улицы, в чувстве неудовлетворенности, в стеснении при обращении к малознакомому человеку, в расстройствах, сохраняющихся более или менее длительно. К этому времени у больного обычно имеется вполне сформированное представление о своей психической болезни, о ее проявлениях, какая-то концепция ее возникновения. На предшествующих этапах заболевания эта внутренняя картина выполняла защитную функцию, позволяя больному удовлетворительным образом объяснить (болезню) нелепость поведения, странные переживания. Теперь же, сохраняя отчасти свои защитные функции, внутренняя картина болезни становится источником нового противоречия. Для человека становится значимым социальный план переживаний, связанных с необходимостью признания себя психически больным, принятия на себя в обществе роли больного, сопряженной с утратой престижа, нарушением отношений. Позиция больного становится двойственной. Несмотря на более глубокое, чем прежде, понимание болезни и причинных связей, человек бессознательно отвергает представление о себе как о больном: он утрачивает стремление разобраться в сущности болезненных расстройств, избегает разговоров о болезненном прошлом, смущается, стыдится напоминаний, пытается дать рациональное толкование своим поступкам. Поведение часто характеризуется робостью, нерешительностью, стремлением переложить ответственность за решение собственных проблем на врача, близких. Неприятно роли больного противоречит бессознательное стремление «удержать болезнь». Это проявляется в агравации рудиментов болезни. Больные говорят о зна-

чительном снижении настроения, хотя это не соответствует рисунку их поведения, характеру их занятий. Они стереотипно и детально описывают свои страхи, опасения, фиксируют внимание на незначительных признаках соматического неблагополучия, явно агравируют побочные действия психофармакологических средств, пропускают приемы лекарств, при том, что рационально они прекрасно понимают необходимость их приема.

Комбинация лекарственных препаратов обычно ограничивается сочетанием нейролептиков антипсихотического действия с антидепрессантами. При значительной выраженности расстройств невротического уровня, в том числе ипохондрических, к этим препаратам добавляются транквилизаторы, обычно бензодиазепины. Критерием достаточности доз транквилизаторов является тенденция к редукции расстройств невротического уровня при отсутствии или минимальной выраженности таких побочных явлений, как вялость, сонливость, слабость. Обычно доза варьирует в диапазоне 5—20 мг седуксена (реланиума или эквивалентных количеств других препаратов). Дозы нейролептиков на уровне, не вызывающем седации, сохраняются длительное время. Дозировка антидепрессантов постепенно медленно снижается под контролем состояния, вплоть до полной их отмены.

Объективные и субъективные трудности, связанные с состоянием, особенностями переживаний больных, усиливают тревогу. На фоне тревоги могут вновь углубляться депрессивные, obsессивные и ипохондрические переживания, а иногда при резких вспышках тревоги могут оживляться и патологические проявления более глубоких регистров, исчезнувшие было в процессе формирования ремиссии. Эти экзацербации, как правило, нестойки. Они обычно устраняются минимальными и кратковременными изменениями терапии, направленными, главным образом, на подавление тревоги. Вместе с тем все описанные расстройства имеют тенденцию к устранению при разрешении субъективно трудных проблем и к фиксации — при субъективной или объективной невозможности их разрешения. Это свидетельствует о лабильности патогенетических механизмов болезни на этом этапе и о тенденции личности больного к бессоз-

нательному использованию стереотипов болезненного реагирования в качестве способа психологической защиты. Это определяет подход, тактику и содержание психотерапии в подобных состояниях [Свердлов Л. С. и др., 1981].

Описанные расстройства и представления о механизмах их возникновения могут быть соотнесены с более стойкими ипохондрическими состояниями, которые обозначаются В. И. Кашкаровым и Вл. Ефименко (1976), В. И. Кашкаровым и В. И. Ефименко (1978) как ипохондрическое развитие личности после аффективных психозов.

Авторы выделяют два варианта постприступного ипохондрического развития личности — нозофильный и нозофобный. Под нозофилией понимается осознанная или неосознанная приятность болезни, под нозофобией — несоразмерная боязнь болезни [Конечный Р., Боухал, 1974].

При нозофильном варианте развития личности, как и в описанных выше состояниях, больные обнаруживают агравационные тенденции, как бы «удерживая» уходящую болезнь. Находясь в клинике, они проявляют интерес к различного рода развлечениям и приятным для них занятиям. В ответ на предложение о выписке и включении их в полезную трудовую деятельность, они начинают предъявлять жалобы на свое психическое состояние, на снижение интеллектуальных способностей, на неприятные телесные ощущения, причем эти жалобы не находят отражения в поведении больных. Авторы предполагают, что стремление к агравации симптомов связано с механизмом психологической защиты. Они считают, что «бегство в болезнь» у этих больных сходно с таковым у больных истерией при их столкновениях с неразрешимыми конфликтными ситуациями.

Нозофобный вариант характеризуется тем, что больные ощущают свою измененность и тяжело ее переживают. Настроение у них, как правило, сниженное, они постоянно высказывают опасения относительно возможности выздоровления и возврата к прежней «полноценной» жизни, испытывают страх перед обществом из-за своего психического заболевания; тяжело реагируют на снижение своей работоспособности, что рождает у них

чувство неуверенности в своих силах; у некоторых из них возникают мысли о самоубийстве, а в отдельных случаях имеют место и суицидные попытки. Надо заметить, что авторы, отнюдь не склонные к сужению рамок депрессивных расстройств, подчеркивают, что у этих больных не обнаруживаются объективные признаки эндогенной депрессии. Они сближают эти состояния с описаниями «синдрома несостоятельности» [Петрилович Н., 1961].

Обращает на себя внимание следующее. Ипохондрические расстройства, наблюдающиеся на одном из заключительных этапов формирования ремиссии как частое и преходящее явление [Л. С. Свердлов, 1980, 1981, 1988], весьма близки и по характеру проявлений, и по механизмам возникновения и фиксации к описаниям постприступных ипохондрических развитий. Последние отличаются стойкостью и связываются с особенностями личности и той ситуации, в которой она находится. Здесь, по нашему мнению, особенно ярко видны механизмы «вторичного усвоения» форм патологического поведения [Кербинов О. В., 1966]. Это же определяет и подходы к нахождению оптимального соотношения между фармако- и психотерапией подобных состояний [Свердлов Л. С., 1979, 1989].

Для иллюстрации нозофобного варианта постприступного ипохондрического развития личности приводим следующее клиническое наблюдение.

Больной Р., 1940 г. р. Поступил 4.04.83 г., выписан 6.06.83 г.

Анамнез. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. В детстве переболел корью в тяжелой форме. Рос слабым, болезненным, плаксивым. В школу пошел вовремя, учился удовлетворительно. Избегал шумные компании сверстников, предпочитал общение с двумя близкими друзьями, обществом и расположением которых ценил очень высоко. Вместе с ними после школы поступил в лесотехнический техникум, затем работал по специальности. Служил в армии, правился порядком, строгая иерархия, четко очерченный круг обязанностей. Женат, семейная жизнь сложилась удачно, от брака имеет дочь. Впервые заболел в 1978 г. (38 лет), когда вдруг беспричинно снизилось настроение, появилась тоска, боль за грудиной, бессонница, запоры. Неоднократно обращался к терапевту, невропатологу, однако патологии не было выявлено. Лечился амбулаторно у психиатра с диагнозом «неврастения». Принимал элениум, седуксен, прошел курс гипнотерапии, иглокальвания. Постепенно состояние улучшилось, однако работоспособность осталась сниженной, периодически беспокоили слабость, утомляе-

мочь, головные боли, сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца, позвоночника, крупных суставов. Появилось убеждение в том, что врачи не могут правильно определить его болезнь, а некоторое улучшение своего состояния связывал с положительным влиянием игло-рефлексотерапии. Стал читать научную литературу, из которой стало ясно, что страдает различными заболеваниями: ишемической болезнью сердца, хроническим панкреатитом. Обратился в облздравотдел с просьбой направить его в «компетентный» научно-исследовательский институт для выявления «истинного» характера своего заболевания. Находился на стационарном обследовании в кардиоцентре, где был поставлен диагноз: «нейроциркуляторная дистония». После выписки самочувствие оставалось по-прежнему плохим. Беспокоили боли и тяжесть во всем теле, головокружения, колебания настроения под влиянием незначительных внешних факторов, мысли о нераспознанном заболевании. Разработал свою собственную систему профилактики возможных осложнений, включавшую в себя соблюдение бессолевой диеты, резкое ограничение мяса, сахара и др. Регулярно принимал настои трав. Самочувствие постепенно улучшилось. В 1981 году вновь без видимых внешних причин появились головные боли, головокружения, неприятные ощущения во всем теле, чувство «прокальвания» и жжения в области поясницы, к которым вскоре присоединились тоска, бессонница, тревога, неусидчивость, беспокойство. Нарушился сон, аппетит, резко похудел. Возникли мысли о наличии онкологического заболевания. Был направлен на обследование и лечение в неврологическое отделение клиники медицинского института, откуда вскоре был переведен в ТПБ. В отделении отмечались вялость, слабость, снижение настроения, без ощущения тяжести за грудной, особенно выраженные в утренние часы. Жаловался на неприятные ощущения в области поясницы, в правом подреберье, головные боли, головокружения, периодические сердцебиения с ощущением жара или озноба. Постоянно требовал повторных консультаций невропатолога, терапевта, говорил, что страдает ишемической болезнью сердца, гипертонией и рядом других болезней. Считал, что врачи не подтверждают диагноза из-за нежелания тратить на него дорогостоящие лекарства. Получил amitриптилин, мелипрамин, пролазин. Постепенно состояние улучшилось. Был выписан с диагнозом «ипохондрическое развитие личности. Психоз». После выписки некоторое время чувствовал себя хорошо, продолжал работать по специальности. Однако через 1—2 месяца вновь появились неприятные ощущения в правом подреберье, ухудшился сон, аппетит, возникли мысли о наличии серьезного заболевания. Обострение своей болезни связывал с неблагоприятным воздействием психотропных средств. Для уточнения диагноза и лечения был направлен в НИИ психического здоровья.

Психический статус. Спокоен. Охотно вступает в контакт. Гипомимичен. Голос тихий, маломодулированный. Предъявляет жалобы на разнообразные неприятные ощущения в различных частях тела, которые связывает с наличием у него определенных заболеваний. Фиксирован на неприятных ощущениях в области сердца: испытывает чувство жжения, давления, временами резкую боль, которая иррадирует в область шеи, левой руки, вниз живота. Убежден, что все эти признаки свидетельствуют о наличии

ишемической болезни сердца. Отмечает, что к подобным ощущениям нередко присоединяются чувство тяжести в правом подреберье, боли по ходу кишечника, урчание в животе и др. В последнее время эти ощущения сопровождаются чувством озноба или жара, сердцебиением, колебаниями артериального давления. В настоящее время отмечает у себя наличие тоски, тяжести за грудной. В отделении активно участвует в мероприятиях, охотно помогает персоналу, вежлив и предупредителен. Охотно общается с соседями по палате особенности тех или иных заболеваний, способы их диагностики, лечения. Фон настроения ровный. На 7—10 день после назначения антидепрессантов (азидан 100 мг) уменьшились неприятные ощущения в различных частях тела, улучшился сон, аппетит. Стал менее навязчив в отношении проведения дополнительных диагностических процедур. Хорошо поддается рациональной терапии. В последующем попросил врача провести с ним курс гипнотерапии, т. к. чувствует, что самостоятельно не в состоянии справиться с имеющимися у него страхами и опасениями за свое здоровье. После 10 сеансов гипнотерапии опасения за свое здоровье значительно уменьшились. Стал активно заниматься аутогенной тренировкой, лечебной физкультурой. Выписан со значительными улучшениями.

ЭЭГ: фоновая активность представлена доминирующим ритмом с четкими региональными различиями. При применении функциональных проб выступают признаки раздражения стволово-диэнцефальных структур.

Невропатолог: легкая девиация языка влево, оживление сухожильных и периостальных рефлексов Д, признаки гипоталамической недостаточности.

ЭКГ: ритм синусовый. Признаки нерезко выраженной гипоксии миокарда.

Терапевт: хронический холецистит вне обострения.

Кардиолог: данных об ишемической болезни сердца нет. Вегетативно-сосудистая дистония смешанного типа.

Окулист: ангиопатия сосудов сетчатки.

Заключение психолога. Профиль ММР1 на уровне 65—90 Т-баллов. Код — 1, 2, 3, 6, 7, что свидетельствует о наличии тревожно-фобических, ипохондрических расстройств. Память и интеллект соответствуют полученному образованию.

Катамнез. Повторно находился на обследовании и лечении в нашем институте в 1985 г. Сообщил, что работает по специальности. Чувствовал себя хорошо. Состояние ухудшилось в связи со смертью родственника. Вновь появились мысли о наличии тяжелого заболевания, страх внезапной смерти. Боится оставаться один в комнате, самостоятельно пользоваться транспортом. В процессе гипнотерапии, занятий аутотренингом состояние улучшилось. Принимал также сибазон по 10 мг три раза в день. Выписан с улучшением. Повторно был вызван на амбулаторное обследование в 1988 г. Сообщил, что самочувствие нормальное, постоянно занимается аутотренингом, бегом. К врачам практически не обращается.

Анализ случая. Заболевание развивается у личности с преобладанием в преморбидном периоде характерологических черт тормозимого круга. Об этом свидетельствует трудность адаптации в новом коллективе, узкий круг общения. Заболевание манифестирует в возрасте 38 лет с астенодепрессивных расстройств, к которым вскоре присоединяются ипохондрические и сенестопатические нарушения. Дальнейшее развитие заболевания характеризуется редукцией собственно эффективных расстройств и нарастанием сенестоалгических, тревожно-фобических нарушений. С нашей точки зрения, убежденность в наличии тяжелого труднодиагностируемого заболевания носит не параноийальный, а сверхценный характер и обусловлена попытками больного скрыть имеющуюся у него психическую патологию. С этой точки зрения понятной выглядит попытка интерпретировать затяжной характер своего заболевания диагностическими ошибками врачей, их нежеланием назначать дорогостоящие препараты и др. Ипохондрическая симптоматика всегда имеет психогенное происхождение и начинается с усиления тревожно-фобических расстройств. Адекватное разграничение параноийальных и тревожно-фобических расстройств в данном случае носит принципиальный характер и определяет терапевтическую тактику. По нашим данным, применение психотерапевтических методов при параноийально-ипохондрических расстройствах нецелесообразно, тогда как в случаях с преобладанием в клинической картине заболевания тревожно-фобических расстройств психотерапия оказывает максимальный терапевтический эффект. Об этом свидетельствуют результаты лечения больного в нашем отделении, где первостепенную значимость в редукции тревожно-фобических и ипохондрических нарушений имели методы психотерапии. С нашей точки зрения, особенностью клинической динамики заболевания является смена манифестного депрессивного синдрома эндогенной природы тревожно-ипохондрическими и фобическими нарушениями, генез которых определяется преимущественно психогенными и личностными факторами. Следует подчеркнуть, что тревожно-фобические и ипохондрические нарушения по механизмам фиксации

приобретают стабильный характер и становятся важнейшей частью патохарактерологических нарушений. Все это позволяет предположить, что речь идет о постприступном патологическом (ипохондрическом) развитии личности.

**ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ
РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ
С ИПОХОНДРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА**

Современная концепция реабилитации базируется на системном подходе к изучаемым явлениям, подчеркивая первостепенную значимость анализа соотношения биологического и социального в разработке лечебно-восстановительных мероприятий [Кабанов М. М., 1975; 1985; Воловик В. М., 1984 и др.]. В частности, М. М. Кабанов пишет, что при построении конкретных реабилитационных программ врачу важно знать не только нозологический диагноз, но и у кого (имеется в виду личность), и в какой микросоциальной среде развивается болезнь.

Сложное взаимодействие различных (конституционально-биологических, психогенных и экзогенно-органических) факторов в формировании ипохондрических расстройств обусловило необходимость первоочередного выделения принципов ранней реабилитации, важнейшими из которых являются: 1) этапность проводимых мероприятий с четкой формулировкой конкретных для каждого этапа задач восстановительного лечения; 2) программно-целевое планирование реабилитационных мероприятий; 3) клинико-динамический принцип, предусматривающий реализацию различных программ ранней реабилитации с учетом этиопатологических закономерностей становления ипохондрических нарушений, этапа заболевания, сопутствующих пограничных нервно-психических расстройств, психосоматических, вегетативно-вестибулярных и других нарушений.

Клинико-динамическое и клинико-катамнестическое исследования показали, что реабилитационные мероприятия целесообразно осуществлять в три этапа.

Основной целью первого этапа является купирование имеющихся амнестических, вегетативно-вестибулярных и психосоматических нарушений у больного с ипохондрическими нарушениями.

На втором этапе осуществляется «прицельное» воздействие на ипохондрическую симптоматику, коррекция имеющихся личностных нарушений.

Задачей третьего этапа является разработка адекватных лечебно-профилактических мероприятий, включавших в себя работу по восстановлению механизмов социально-производственной адаптации больных.

Принцип программно-целевого планирования предусматривает разработку этапно реализуемых программ ранней реабилитации. В основу разработанных нами программ ранней реабилитации были положены три блока. Первый составили различные методы психотерапии, объединенные в психотерапевтический комплекс (ПТК) [Семке В. Я., 1981]. Во второй блок вошли немедикаментозные методы терапии: адаптогены растительного происхождения (настойки золотого корня, заманихи, элеутерококка, женьшеня и др.), лечебная физкультура (ЛФ), физиотерапевтические методы, рефлексотерапия, диетотерапия и др. Третий блок составили различные медикаментозные средства: психотропные препараты (преимущественно транквилизаторы), дегидратационно-рассасывающие средства, ноотропы и др.

Прежде чем переходить к изложению конкретных программ ранней реабилитации, представляется целесообразным рассмотреть конкретное содержание терапевтических блоков, положенных в их основу. Если методы лечения, составившие второй блок, хорошо известны, то лечебно-восстановительные мероприятия первого и второго блока, прежде всего применение психотерапии и психотропных средств, требуют дополнительного разъяснения.

Основу первого блока составляет психотерапевтический комплекс (ПТК) [Семке В. Я., 1980; 1988], т. е. совокупность различных психотерапевтических методов, используемых с учетом роли психического фактора в генезе нервно-психических расстройств. В основе психотерапевтического комплекса лежит метод психотерапии, т. е. метод лечебного воздействия врача на психику

больного или группы больных с помощью вербальных и невербальных средств коммуникации для терапии нервно-психической и соматической патологии. Следует особо подчеркнуть значимость для психотерапевтического процесса невербальных средств общения с больным. Еще С. П. Боткин и Г. Ф. Ланг писали, что огромное воздействие на больного оказывает внешний вид врача, его речь, мимика, одежда, походка. Для врача общесоматической сети важно не только знание роли конкретных методов психотерапии в общесоматической практике, но и понимание содержания и смысла психотерапевтической работы с больным, разработка собственной концепции психотерапевтического общения с пациентами, страдающими различными ипохондрическими расстройствами. Следует особо подчеркнуть особую значимость слова врача, которое может оказать как терапевтическое, так и патогенное (ятрогенное) воздействие. История медицины знает много примеров того, как неосторожное слово врача являлось причиной резкого ухудшения состояния пациента или даже его смерти. Поэтому врач должен постоянно совершенствовать способы вербального и невербального воздействия на больного. Взаимоотношения врача и больного, по мнению В. И. Рожнова (1971), выступают в качестве одного из наиболее значимых факторов лечения, от которого зависит его успех в целом.

Проблеме «врач—больной» посвящена обширная литература. С нашей точки зрения, особый интерес представляют работы, выполненные с позиций патогенетической концепции неврозов [Карвасарский Б. Д., 1985]. Исходя из представления больных об образе «идеального» врача, по степени выраженности черт сопереживания В. А. Ташлыковым (1974) выделены два типа эталона врача: «сопереживающий» и «эмоционально-нейтральный». Эти типы отражают потребности больных в определенном характере эмоционального общения с врачом. В зависимости от волевых характеристик выделены дополнительно директивный и недирективный типы врача. Установлено, что выбор врачом типов сопереживания и поведения должен определяться преморбидными особенностями личности больного и характером формирующихся нервно-психических расстройств.

Так, «сопереживающий» тип врача предпочитался больными с астеноипохондрическими и истероипохондрическими расстройствами; «эмоционально-нейтральный» — с ипохондрически-дистимическими и ипохондрически-паранойяльными нарушениями. Директивный тип врача оказался оптимальным у лиц с преимущественно тормозимыми характерологическими чертами в преморбиде. Недирективный тип — у пациентов с преимущественно возбудимыми и эпилептоидными чертами в доболезненном периоде. Знание этих особенностей определяет степень конгруэнтности (соответствия) эмоционально-ролевого поведения врача и больного, что в конечном итоге существенно влияет на успех психотерапии в целом.

Прежде чем перейти к изложению конкретных методов психотерапии, необходимо особо подчеркнуть две клинические предпосылки эффективного применения психотерапии.

Во-первых, правильное выявление заболеваний, в этиопатогенезе которых существенная роль принадлежит психическому фактору. С этой точки зрения распознавание ипохондрических состояний психогенного, экзогенно-органического и соматогенного генеза приобретает решающее значение. В то же время следует указать, что сам больной редко осознает зависимость своего заболевания от психогенных факторов. Сопротивление психотерапевтическому контакту и отрицание психических конфликтов, особенно у лиц с истерическими чертами в преморбиде, связано с формированием у больного собственной концепции болезни. Во-вторых, следует учитывать первостепенную значимость психотерапевтических методов для корреляции личностных реакций на возникновение соматической болезни, поскольку характер этих реакций во многом определяет течение соматического заболевания.

Наиболее часто употребляемым является метод рациональной психотерапии, т. е. психотерапии, направленной преимущественно к интеллектуальной сфере больного. Эффект от рациональной психотерапии достигается систематическими беседами врача с больным, разъяснением природы его болезненных симптомов. Основной целью психотерапевта является вовлечение в

лечебный процесс самого больного, выработка у него критического отношения к своему болезненному состоянию. В настоящее время общепризнано, что рациональная психотерапия содержит и чисто суггестивные компоненты, связанные с воздействием личности самого врача на эмоциональную сферу больного. Поэтому рациональная психотерапия может проводиться не только у больных с «мыслительным», но и с «художественным» типом. Необходимым условием проведения рациональной психотерапии является детальное знакомство врача с многочисленными результатами сомато-неврологического обследования больного в различных лечебных учреждениях.

Методика рациональной психотерапии довольно проста. Врач усаживает больного в кабинете и в доброжелательной форме, неторопливо начинает обсуждать возможные причины его заболевания. Необходимым условием успешного лечения является предоставление больному возможности полностью высказать все свои взгляды на причину его заболевания. При первой беседе не следует стремиться сразу же «развенчать» концепцию больного, тем более недопустимым является невнимательность, малейший оттенок снисходительности и высокомерия к высказываниям пациента. В первых беседах возможно явно негативное отношение к врачу, неверие в его знания, опыт. Следует по возможности доброжелательно отнестись к подобного рода высказываниям и поведению больного. Мы с успехом применяли психотерапевтический прием, заключающийся в полном согласии с любыми концепциями больных, а также с требованиями тщательного обследования в клинике с привлечением узких специалистов. После ряда консультаций со специалистами врач может начинать работу по разъяснению истинной природы заболевания. В этот период формулировки должны быть краткими, клинически аргументированными, произносятся в безопасном тоне, т. е. психотерапия должна приобрести директивный характер. Возможные конфликты с больным должны предупреждаться императивными утверждениями врача о его заинтересованности в полном выздоровлении больного, ссылками на имевшую место «ве-

ру» врача в разработанную больным концепцию болезни, но не подтвержденную обследованием.

Чрезвычайно эффективной формой психотерапевтического воздействия является суггестивная психотерапия, которая проводится в виде внушения и самовнушения. Феномен внушения имеет место при любом взаимодействии врача с больным, обычно сочетаясь с убеждением и разъяснением. Основным средством внушения является слово суггестора, т. е. лица, проводящего внушение. Неречевые факторы в форме жестов, мимики оказывают дополнительное влияние. Существуют различные формы внушения. Наиболее распространенными являются внушение в бодрствующем состоянии (наяву), в состоянии гипнотического и наркотического сна, косвенное внушение, использование плацебо-эффекта, или плацебо-терапии.

Внушение в состоянии бодрствования относится к директивным методам психотерапии. Это довольно сложный, но вместе с тем эффективный способ, особенно в случаях преубежденного отношения больного к гипнозу или его боязни. Внушению наяву должна предшествовать беседа, в которой разъясняется суть воздействия, подчеркиваются положительные качества больного (исключительные способности внимания, богатое воображение и др.). При проведении внушения в бодрствующем состоянии больному рекомендуется сесть в удобной позе и расслабить мускулатуру тела. Глаза закрыты, внимание концентрируется на словах врача. Затем врач повелительным тоном произносит формулы внушения, направленные на улучшение общего самочувствия, сна, аппетита, работоспособности. Эффект внушения зависит от особенностей личности больного и, в частности, выраженности «магического настроения», т. е. от веры больного в магические способности врача. Немаловажное значение имеет авторитет врача.

Внушение в состоянии гипнотического сна является одним из сложных психотерапевтических методов. Их может применять лишь врач-психотерапевт, имеющий специальную подготовку.

Применение гипноза начинается с определения степени внушаемости с помощью специальных приемов.

Техника гипнотизирования включает в себя различные методы, которые условно могут быть сведены в три группы: воздействующие на зрительный, слуховой и кожный анализатор. При проведении всех этих методов обязательным является словесное внушение сонливости.

Суть погружения в гипнотический сон заключается в индукции у больного особого торможения, при котором сохраняется контакт с суггестором. Далее, после наступления гипнотического сна определенной глубины, проводится словесное внушение, направленное на устранение болезненных явлений. Словесное внушение всегда индивидуализировано, даже если проводится гипноз с группой больных. В этих случаях врачу рекомендуется обращаться к конкретному больному с индивидуально подобранными формулами внушения.

Внушение в состоянии наркотического сна, или наркопсихотерапия [Телешевская М. Э., 1965], проводится одновременно с медленным (со скоростью не более 2 мл 5% раствора в 1 мин) введением 5—6 мл барбитала. Словесные формулировки всегда строго индивидуализированы, однако в любом случае психотерапевт должен использовать ряд готовых формулировок, содержащих утверждение о положительном влиянии внушения на организм, постоянном улучшении самочувствия, пользе глубокого сна, возникающего в результате сочетанного использования внушения и препарата. Нами получен хороший эффект при ипохондрически-дистимических, сенестопатически-ипохондрических и истеронипохондрических состояниях различного генеза при применении наркопсихотерапии.

Косвенное внушение в любом психотерапевтическом процессе играет важную роль, подготавливая больного к восприятию основного курса (гипноз, наркопсихотерапия и др.). Благоприятная общая обстановка, поведение медицинского персонала оказывают сложное психотерапевтическое воздействие, значимость которого в конечном эффекте психотерапии трудно переоценить. Введение в группу больных пациентов, у которых ранее был получен положительный результат при применении данного вида психотерапии, также оказывает положительный эффект. Широко распространен-

ным видом косвенной психотерапии является метод «масок». Больному объясняют, что ему будет проведена ингаляция «нового эффективного средства», причем особым способом, требующим тщательной подготовки, проверки и т. д. Затем пациента укладывают на кушетку, накладывают на лицо наркозную маску, смоченную приятно пахнущей жидкостью. При вдыхании паров этой жидкости проводят словесное внушение. В нашей клинике мы с успехом применяли разработанный А. Т. Филатовым (1975) метод опосредованного медикаментозного лечения, основанный на использовании косвенной суггестии. Больному говорят, что для лечения его болезни необходимо новое лечебное средство, хотя и обладающее известными побочными свойствами, но чрезвычайно эффективное. При этом стимулируются внутренние резервы больного для борьбы с возможными осложнениями (сонливостью, атаксией, расстройством аккомодации). Чаще всего мы пользовались методом аминазинотерапии в сочетании с аутогемотерапией, внутривенным капельным введением антидепрессантов (амитриптилин с реланиумом).

Плацебо-терапия — это назначение препарата, который по своим органолептическим свойствам напоминает какое-либо лекарство, но содержит в отличие от него индифферентный состав. Мы в нашей клинике широко применяем плацебо-терапию при лечении у больных с ипохондрическими расстройствами нарушений сна, астенических расстройств, дисэнцефальных пароксизмов, сочетая плацебо-эффект с рациональной терапией, внушением наяву и др. Так, при дисэнцефальных пароксизмах вводился внутривенно раствор дистиллированной воды, при этом больному сообщалось, что ему вводят реланиум, седуксен и т. д. Однако следует помнить, что плацебо-терапия чаще всего оказывается эффективной у больных с преобладанием в преморбиде истерических или тревожно-мнительных характерологических черт.

В последнее время, особенно в общесоматической практике, широкое распространение получили различные методы самовнушения: самовнушение по Куэ, мотивированное самовнушение, различные модификации аутогенной тренировки.

Самовнушение по Куэ. При данном виде самовнушения после разъяснительной психотерапевтической беседы больному предлагают повторить от 30 до 100 раз автоматически одну и ту же формулу самовнушения перед засыпанием и пробуждением. Она должна быть простой по форме, состоять из нескольких фраз, логически вытекающих из предыдущих психотерапевтических бесед. При этом чрезвычайно важно разъяснить больному, что уже само по себе механическое повторение, независимо от его желаний, должно и обязательно активизирует в нем еще не известные ему самому и, возможно, науке силы, которые окажут поразительный эффект. Следует обязательно в каждой беседе приводить случаи из медицинской практики, свидетельствующие о возможности исцеления неизлечимых больных. Для лиц с высоким интеллектом необходимы ссылки на литературные источники, примеры борьбы гениальных личностей со своими недугами.

Аутогенная тренировка. Является одним из наиболее доступных методов психотерапии. В настоящее время разработано множество модификаций [Лебединский М. С., Бортник Т. Л., 1966; Беляев С. Т., 1971 и др.] аутотренинга, что позволяет врачу достаточно эффективно использовать данный метод при различных нервно-психических заболеваниях. Занятия проводятся два-три раза под руководством врача. При групповых занятиях пациенты обычно сидят на стульях в позе «кучера» (локти на коленях, голова опущена) или лежат на кушетках. В начале сеанса устанавливается ритмичное дыхание посредством формулировок типа «...дыхание спокойное, ровное. С каждым вдохом дыхание становится глубже, ритмичнее, спокойнее». Затем достигается ощущение расслабления всех мышц. «Расслабляются мышцы рук, мышцы ног, мышцы всего туловища. Расслабляются мышцы лица, шеи. Я совершенно расслаблен». В последующем посредством индивидуально подобранных формул внушается тяжесть и тепло в конечностях, во всем теле. Необходимо отметить, что в начале курса аутотренинга рекомендуются формулы внушения, содержащие утверждения о неизбежности благоприятного влияния аутотренинга на общее состояние больного независимо от его желаний и «объектив-

ной» тяжести состояния. В последующем, по мере овладения метода, больному рекомендуются формулы, содержащие конкретные указания на улучшение функционирования различных органов.

Высокой эффективностью, по нашим данным, при лечении ипохондрических состояний различного генеза обладает модифицированный [Семке В. Я., 1988] вариант аутогенной тренировки. Модификация метода состоит в следующем: дыхательные упражнения производились в позе «кучера» с меньшей продолжительностью вдоха и выдоха, по зигзагообразному счету не более чем до 8. Освоение первой ступени начиналось с вызывания ощущения тяжести в правой руке, а при успешности выполнения — сразу в обеих руках; с 3—4-го занятия — в руках и ногах; на 6—7-м занятии — ощущение тепла в руках и ногах; на 8—9-м — помимо общей расслабленности, тяжести и тепла в мышцах предлагалось заострить внимание на чувстве тепла в левой руке и распространить его на левую половину грудной клетки и область сердца; далее необходимо добиваться ощущения прохлады в области лба и висков. Проведение каждого теста на степень достигаемого расслабления завершается формулой самовнушения: «Я совершенно спокоен. Мое спокойствие производит положительное влияние на весь мой организм. Я успокаиваюсь и постепенно стихают неприятные ощущения во всех частях тела. Они исчезают сами, без малейшего дополнительного усилия с моей стороны, как только я достигаю совершенного покоя и расслабления. Я способен управлять собой. Я способен повлиять на свой организм. Я способен повлиять на свое самочувствие. Я способен значительно уменьшить свои неприятные ощущения». Окончанию каждого занятия предшествовала активация организма путем вызывания ощущений, обеспечивающих повышение эмоционального тонуса: «Легкий ветерок пробегает по позвоночнику. Тело становится упругим и легким». Включение дополнительных, индивидуально подобранных, одобряющих, тонизирующих фраз, направленных на реализацию позитивных планов и замыслов, повышение престижа больного в глазах окружающих облегчало концентрацию внут-

ренных психических ресурсов и значительно повышало эффективность занятий аутотренингом.

Каузальная психотерапия основана на выявлении истинных связей между действием разнообразных (в первую очередь психогенных) факторов и возникновением нервно-психических расстройств с последующим устранением патологической условно-рефлекторной реакции. Так, О. В. Кербиков (1955) описывает больного, у которого приступ стенокардии впервые произошел в парикмахерской и повторился вновь при ее посещении. Попытка больного побриться дома снова привела к приступу сердечных болей. Выявление и осознание больным условно-рефлекторного характера болей в сердце при посещении парикмахерской привело к полному исчезновению приступов. В дальнейшем, указывает О. В. Кербиков, больной свободно посещал парикмахерскую. П. И. Буль (1974) описывает больного, у которого приступ стенокардии провоцировался посещением сестры. При детальном опросе выявлен имевший место конфликт с сестрой при разделе имущества умершей матери. Метод каузальной терапии является чрезвычайно эффективным при лечении ипохондрических расстройств психогенного генеза, особенно на начальных этапах их формирования. Каузальная психотерапия пациентов с ипохондрическими расстройствами требует терпения, такта, поскольку у больных, как правило, нозофобические расстройства, склонность к субъективной интерпретации имеющихся расстройств отличаются крайней ригидностью, психотерапевтической резистентностью. По нашим наблюдениям, метод каузальной психотерапии лучше всего применять в комплексе с другими методами (аутотренинг, наркопсихотерапия и др.).

Психоортопедия — это вид психотерапии, использующий различные упражнения или методы функциональной тренировки. Так, например, если у больного имеется страх открытых пространств, то попытки преодолеть какое-либо пространство (площадь, улицу и др.) проводятся с помощью врача. Первые 2—3 сеанса врач вместе с больным переходит улицу, затем он только присутствует и ободряет больного, в дальнейшем ограничивается внушением успеха в преодолении фобических нарушений. Основным условием психотерапии яв-

ляется применение исключительно теплых, ласково убеждающих, ободряющих формулировок и категорический отказ от повелительных и императивных команд. В зарубежной психиатрии в настоящее время широкое распространение получили различные методы «поведенческой» («условно-рефлекторной») терапии. Приоритет в разработке метода поведенческой психотерапии принадлежит В. М. Бехтереву, который в его основу положил условно-рефлекторную теорию И. П. Павлова. В нашей стране методы поведенческой терапии в настоящее время применяются, к сожалению, лишь в отдельных лечебных учреждениях [Слущкий А. С., 1979; Асатиани Н. М. с соавт., 1975; Карвасарский Б. Д., 1985 и др.], тогда как в зарубежной психиатрии они получили широкое распространение.

Более широкое распространение в нашей стране получила групповая психотерапия, являющаяся одним из методов личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Ее суть заключается в целенаправленном использовании всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих внутри группы между ее участниками [Карвасарский Б. Д., 1985]. В процессе групповой психотерапии у пациента, участника группы, формируется правильное понимание механизмов межличностных отношений и роли собственной личности в их конкретных проявлениях. В группе пациент учится не только анализировать, но и корректировать собственные эмоциональные переживания, поступки и, в конечном счете, перестраивать собственную систему отношений. Ценность групповой психотерапии для больных с ипохондрическими расстройствами состоит в использовании возможности коррекции системы взглядов больного участниками группы.

Семейная психотерапия — система методов направленного изменения отношений, складывающихся в семье и обнаруживающих значимую связь с болезнью, лечением и социальным восстановлением больного. Формы и техника весьма разнообразны: это наблюдение одним или двумя психотерапевтами одной семьи, работа с группой из нескольких семейных пар. Важнейшей задачей психотерапии является формирование адекватного отношения к больному, коррекция как гиперопеки, так

и недооценки членами семьи тяжести состояния больного, разъяснение причин возникновения ипохондрических расстройств.

Приступая к реализации медикаментозного блока комплексных программ ранней реабилитации, врачу, в первую очередь, необходимо учитывать совместимость психотропных препаратов с соматическими средствами, применяемыми в общесоматической практике. В настоящее время спектр соматотропных явлений является специальным разделом психофармакологии [Райский В. А., 1972]. Описаны как нежелательные, вплоть до развития серьезных осложнений [Романов Ю. Д., 1971], явления, так и желательные, указывающие на целесообразность использования психотропных средств при различных соматических заболеваниях. Это обстоятельство в значительной мере обуславливает факт широкого применения психотропных средств в общесоматической практике. По данным А. Б. Смудевича с соавт. (1985), в СССР 38,4% всех больных общесоматической сети имеют показания для лечения психотропными средствами. Следует указать, что эффективность психотропных препаратов у пациентов общесоматической сети находится в сильной зависимости от психологических факторов, важнейшими из которых являются степень доверия пациента врачу, установка больного на лечение и др.

Бурное развитие психофармакологии с синтезом огромного количества препаратов привело к тому, что подробное ознакомление со всеми имеющимися средствами стало практически невозможным даже для психиатров. Поэтому в данной главе мы постараемся дать краткую классификацию психотропных средств и отметить особенности применения наиболее распространенных при лечении ипохондрических расстройств психотропных препаратов.

Общепринятой в советской психиатрии является классификация Г. Я. Авруцкого (1963). Согласно ей все препараты делятся на три больших класса: психолептики, психоаналептики и психодизлептики.

1. Психолептические средства оказывают успокаивающее действие и включают в себя:

- а) нейролептические средства с производными фенотиазина (аминазин, пропазин, мизерцин, сонепакс, неулептил, трифтазин, метеразин и др.), бутирофенона (лалоперидол, дроперидол и др.), тioxантена (хлорпротиксен), клозапина (лепонекс);
- б) транквилизаторы, оказывающие преимущественно седативное, успокаивающее действие, уменьшающие страх, напряженность, тревогу. К ним относятся прежде всего бензодиазепины (сибазон, реланиум, седуксен, нитразепам, феназепам и др.), производные дифенилметана (амизил), пропандиола (мепробамат);
- в) нормотимики, выравнивающие настроение (соли лития).

2. Психоаналептические средства, обладающие возбуждающим, активирующим, энергизирующим действием:

а) антидепрессанты — устраняют тревогу, нормализуют настроение. Они подразделяются на трициклические (амитриптилин, мелипрамин), тетрациклические (пипразидол), ингибиторы МАО (ниаламид, индопан).

б) психостимуляторы — обладают способностью стимулировать умственную и физическую активность, повышать настроение (сиднокарб, сиднофен, фенамин).

в) ноотропы — положительно воздействуют на метаболизм нервных клеток, оказывая при этом активирующее действие. Наиболее распространенными препаратами являются пирацетам (ноотропил), пирититол (энцефабол), пантогам.

3. Психодизлептики, обладающие психомиметическим действием, т. е. вызывающие психозы. К ним относятся производные индола (V=25, псилосцибин, мескалин и др.).

Приступая к лечению нейролептиками, необходимо всем больным провести тщательное соматическое и неврологическое обследование, клиническое и биохимическое исследование крови (общий анализ, протромбин, билирубин, остаточный азот, печеночные пробы и др.), мочи.

Из нейролептических средств чаще всего употреб-

ляется пропазин (25—50 мг в сутки), который наиболее эффективен при ипохондрически-паранойяльных и дистимико-ипохондрических расстройствах, развивающихся при вялотекущей шизофрении или в рамках патологического развития личности экзогенно-органического генеза. Уже в первые 3—4 дня после назначения препарата отмечается улучшение сна, дезактуализация мыслей о наличии «тяжелого» и неизлечимого заболевания, выравнивается настроение. При отсутствии эффекта в ряде случаев целесообразным оказывается применение аминазина (50—75 мг в сутки). Необходимо отметить, что аминазин нередко вызывает различные побочные явления и осложнения, интенсивность и характер которых зависят от дозы, способа и длительности приема препарата. Практически у каждого больного, особенно в первые дни приема, наблюдаются тахикардия, снижение артериального давления, сухость во рту, побледнение кожных покровов, вялость, слабость. При парентеральном введении понижение артериального давления может вызвать ортостатический коллапс. У ряда больных даже при небольших дозах аминазина могут возникнуть экстрапирамидные расстройства в виде паркинсоноподобного синдрома. Несколько реже отмечается побочный эффект в виде тревоги, беспокойства, неусидчивости. Для смягчения указанных нарушений нами (совместно с Т. А. Ланской) разработана методика лечения ипохондрических расстройств путем аутогемотерапии с аминазином. Она проводится следующим образом. У больного из локтевой вены берется 1,0 мл крови. Затем в этот же шприц набирается 2,5—1,0%-ный раствор аминазина и полученная смесь вводится в верхний наружный квадрант ягодицы. Курс лечения — 3 дня. Затем доза препарата и крови увеличивается в два раза и лечение продолжается еще 3 дня. В последующие 3 дня вновь вводится 1,0 мл крови и раствора аминазина.

При сочетании ипохондрически-дистимических и истеро-ипохондрических нарушений со стойкими агрипническими расстройствами целесообразно использование небольших (12,5—25 мг) доз тизерцина. При истероипохондрических расстройствах психогенного и экзогенно-органического генеза нами успешно применялась комби-

нация $\frac{1}{4}$ таблетки тизерцина (6 мг) с настоем корневища валерианы (1 ст. ложка) или с 1—2 таблетками валерианы. В некоторых случаях (преимущественно при ипохондрических расстройствах эндогенно-процессуального генеза со стойкими агрипническими нарушениями) можно в течение 2—3 дней применять внутривенное введение 25 мг тизерцина с 40%-ным раствором глюкозы. Эта процедура осуществляется только в стационаре.

При ипохондрически-субдепрессивных и тревожно-ипохондрических расстройствах, развивающихся у лиц с психопатическими характерологическими чертами тревожно-мнительного круга в преморбидном периоде, целесообразным является применение тералена. Его антипсихотическая активность гораздо слабее других нейролептиков, однако в силу своего седативного, антифобического эффекта, а также положительного влияния на сенестопатии терален оказывается, по нашим наблюдениям, одним из самых лучших психофармакологических средств при лечении ипохондрических расстройств. Одним из достоинств препарата является отсутствие побочных эффектов при лечении ипохондрических расстройств экзогенно-органического и соматогенного генеза. Эффективной является комбинация тералена с небольшой дозой (25—50 мг) amitриптилина. Препарат практически не имеет противопоказаний, за исключением случаев с тяжелым поражением печени и почек. В то же время следует отметить, что эффективность тералена во многом зависит от адекватно подобранной, с учетом индивидуальных особенностей больного, дозы препарата, величина которой колеблется в диапазоне от 10—25 до 250—400 мг в сутки.

Сходным действием обладает соннапакс. Его применение наиболее эффективно при ипохондрически-субдепрессивных, астеноипохондрических и тревожно-ипохондрических состояниях. Терапевтическая эффективность соннапакса обусловлена, по всей вероятности, его седативным и антидепрессивным действием. По нашим данным, соннапакс оказывается наиболее эффективным при ипохондрических состояниях соматогенного происхождения, а также при ипохондрических расстройствах, возникающих в пожилом возрасте. Это обусловлено относительно малой выраженностью экстрапирамидных и

соматических побочных явлений. Для взрослых рекомендуется 3—5-разовый прием препарата в дозе 200—400 мг. Лечение необходимо начинать с 50—100 мг в сутки, постепенно наращивая дозу до оптимальной терапевтической. Менее эффективен препарат при ипохондрически-дистимических расстройствах, так как нередко наблюдается усиление раздражительности, вспыльчивости, чувства внутреннего напряжения. В этих случаях максимальный терапевтический эффект отмечается при применении неулептила, поскольку этот препарат обладает выраженным седативным действием. Его необходимо применять при наличии ипохондрически-паранойальных расстройств, сопровождающихся сутяжным поведением, конфликтами. Лечение начинают с 5—10 мг в сутки с последующим увеличением дозы препарата до 30—50 мг. Хороший терапевтический эффект наблюдается при применении хлорпротиксена, который обладает выраженным седативным действием, однако его с большой осторожностью следует применять при ипохондрических состояниях экзогенно-органического и соматогенного генеза из-за выраженных побочных явлений: тахикардия, понижение артериального давления, сухость во рту, миорелаксация. Оптимальная средняя суточная доза — 150—200 мг. Лечение начинают с 25 мг 2—3 раза в день и постепенно увеличивают до 150—200 мг.

В пожилом возрасте хороший эффект получают от приема этаперазина, особенно при астеноипохондрических расстройствах. Наряду с седативным действием препарат обладает стимулирующим влиянием, что обуславливает целесообразность его применения при ипохондрических расстройствах, сопровождающихся астеническими нарушениями, вялостью, апатией, адинамией, т. е. преимущественно при ипохондрических состояниях эндогенно-процессуальной природы. Средняя суточная доза — 20—40 мг. Лечение начинают с 10—15 мг и постепенно повышают до оптимальной дозы. Следует отметить, что в дозе 10—15 мг этаперазин может применяться при ипохондрических состояниях экзогенно-органического генеза, т. к. препарат обладает слабыми побочными эффектами, возникающими лишь при применении высоких (150—300 мг) доз препарата, а

также у лиц с резидуальной церебрально-органической недостаточностью мозга.

При эндогенных ипохондрических состояниях и при вялотекущей шизофрении хороший эффект отмечается при применении небольших (5—15 мг) доз трифтазина. В этих случаях отмечается как антипсихотический эффект, так и стимулирующее действие препарата. Назначение более высоких доз трифтазина нецелесообразно из-за легкости возникновения побочных неврологических эффектов. По этой же причине при непсихотических состояниях мы не рекомендуем назначать такие препараты, как мажептил, флуфеназин, галоперидол, триседил, галоперидол, лепонекс. С большой осторожностью следует назначать карбидин, особенно в случаях соматогенной ипохондрии, хотя необходимо отметить его высокую эффективность при терапевтически резистентных ипохондрических состояниях эндогенной природы. По нашим наблюдениям, оптимальной является доза карбидина 25—50 мг в день.

Хороший эффект при ипохондрических состояниях соматогенной природы даёт эглонил (сульпирид) в дозе 150—300 мг в сутки внутримышечно. Препарат также успешно используют в гастроэнтерологической практике.

Для лечения ипохондрических расстройств психогенного, экзогенно-органического и соматогенного генеза чаще всего используются транквилизаторы. Незначительные побочные эффекты, отсутствие серьезных осложнений во время терапии, выраженное действие как на нервно-психическую, так и на вегетативно-соматическую сферу обусловило широкое распространение транквилизаторов не только в психиатрии, но и в соматической медицине [Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1988].

Все транквилизаторы подразделяются на препараты с преимущественно тормозным или стимулирующим спектром действия.

Транквилизаторы с преимущественно тормозным компонентом действия (мепротан, элениум, тазепам, нитразепам, феназепам, мебикар и др.) целесообразно применять при ипохондрически-дистимических, истероипохондрических, тревожно-ипохондрических, ипохондрически-фобических и сенесто-ипохондрических расстрой-

ствах. Все эти препараты оказывают выраженное седативное действие, что обуславливает быструю редукцию дистимических и фобических расстройств, смягчение собственно ипохондрических переживаний. На начальных этапах заболевания хороший эффект оказывает мепробамат в дозе 1,5—2,5 г в сутки, причём продолжительность курса должна быть не менее трех недель. При соматогенных ипохондриях, а также при ипохондрических состояниях экзогенно-органического генеза, сопровождающихся нейросоматическими расстройствами, лучший эффект наблюдается при назначении элениума в дозе 30—60 мг в сутки. Лечение начинают с 5—10 мг и постепенно повышают дозу до оптимальной. Однако при ипохондрических расстройствах экзогенно-органического генеза применение элениума ограничено вследствие выраженного миорелаксирующего эффекта, наблюдающегося при применении малых (10—15 мг) доз препарата. Поэтому при ипохондрических состояниях экзогенно-органического генеза, а также при астеноипохондрических расстройствах невротической и соматогенной природы лучшие результаты могут быть получены при применении нозепама (тазепам, оксазепам) в дозе 20—40 мг в сутки. Достоинством препарата является малая выраженность побочных явлений. При астеноипохондрических расстройствах невротического и экзогенно-органического происхождения рекомендуется применять мебикар по 0,5—1 г 2—3 раза в день. Его седативное и вегетостабилизирующее действие обуславливает хороший эффект при тревожно-ипохондрических и ипохондрически-фобических состояниях. В случае ипохондрически-агрипнических расстройств максимальный терапевтический эффект дают нитразепам (радедорм, эуноктин, магадон) или феназепам. Нитразепам назначают в дозе 5—10 мг за 20—40 минут до сна. Следует отметить, что нитразепам также рекомендуется назначать на ночь в дозе 0,5—1 мг. Следует отметить хороший эффект феназепама при сенесто-ипохондрических, дистимико-ипохондрических, ипохондрически-фобических и тревожно-ипохондрических расстройствах, который достигается при дозе 3—5 мг в сутки. Следует с осторожностью применять указанные дозы у больных с ипохондрическими расстройствами экзогенно-органичес-

кого генеза вследствие возможного развития побочных явлений (сонливость, миорелаксация, понижение артериального давления и др.).

Транквилизаторы с преимущественно стимулирующим компонентом действия дают максимальный терапевтический эффект при ипохондрических состояниях экзогенно-органического и соматогенного генеза. Большой эффект нами получен при применении сибазона в дозе 10—30 мг в сутки. Лечение начинают с 5—10 мг, дозу увеличивают постепенно до оптимальной. Особенно эффективен сибазон при сочетании ипохондрических расстройств с диэнцефальными пароксизмами. В то же время следует отметить, что при частых и длительных диэнцефальных приступах целесообразно внутривенное введение аналогов сибазона (реланиум, седуксен) в дозе 2,0—4,0 мл на 20 мл 40%-ного раствора глюкозы. При ипохондрических состояниях соматогенной природы, а также у пожилых больных следует избегать назначения высоких доз препарата вследствие возможности появления побочных эффектов в виде миорелаксации, распространяющейся на сфинктеры мочевого пузыря или заднего прохода. Нередко развивается атаксия и дизартрия. По нашим наблюдениям, указанные побочные явления можно предотвратить путем тщательного подбора начальных доз и их постепенного повышения. Периферический миорелаксический эффект сибазона хорошо корректируется нитратом стрихнина 1—3 мл 0,1%-ного раствора подкожно или 0,001 г в капсулах внутрь [Авруцкий Г. Я., Недува А. А., 1988]. Противопоказан сибазон больным с глаукомой и тяжелой миастенией. С осторожностью его назначают лицам, профессия которых требует значительной концентрации внимания. В этих случаях нами с успехом применялся триоксазин по 0,3 г 2—4 раза в день. Триоксазин практически не обладает миорелаксирующим действием, а его успокаивающий эффект сочетается с активизацией, повышением настроения и улучшением самочувствия. Его следует применять при астеноипохондрических расстройствах различного генеза, а также в случаях с наличием в клинической картине заболевания вялости, адинамии, заторможенности. К побочным действиям

триоксазина относятся ухудшение сна, неприятные сновидения, кожные аллергические реакции.

Менее выраженным активизирующим компонентом обладает мезопам (рудотель, медозепам, нобриум). Он обладает незначительным миорелаксирующим действием, однако не вызывает сонливости и снижения трудоспособности. Его можно назначать в амбулаторных условиях лицам, продолжающим трудовую деятельность. Лечение начинается с 10 мг с постепенным повышением дозы до 30 мг в сутки.

Грандаксин (тофизопам) хорошо зарекомендовал себя при лечении астеноипохондрических расстройств посттравматического генеза, поскольку обладает, наряду с активизирующим, выраженным вегетостабилизирующим действием. Однако максимальный терапевтический эффект препарат оказывает лишь у больных с незначительной (1—3 года) длительностью заболевания. По нашим данным, грандаксин целесообразно применять у больных с ипохондрическими состояниями посттравматического, соматогенного и психогенного происхождения в амбулаторных условиях после реализации основной программы ранней реабилитации. Лечение начинается с 0,05 г 3 раза в сутки. При необходимости дозу препарата можно увеличить до 0,1 г 3 раза в сутки. В некоторых случаях, особенно у лиц с ипохондрическими состояниями посттравматического генеза, наблюдаются побочные явления в виде аллергического зуда и кожной сыпи, диспепсических явлений, повышенной возбудимости, нарушения сна. При снижении дозы эти явления, как правило, исчезали.

В клинической практике при лечении ипохондрических состояний различного генеза мы чаще всего использовали сочетание транквилизаторов тормозного и стимулирующего спектров действия.

Антидепрессанты по своему клиническому действию подразделяются на препараты с преимущественно седативным и стимулирующим спектром действия. Наиболее эффективным из антидепрессантов седативного спектра является amitриптилин. Он назначается при тревожно-депрессивных, депрессивно-ипохондрических и депрессивно-дистимических состояниях эндогенного генеза. Лечение начинают с 50—75 мг и постепенно уве-

личивают дозу до 150—200 мг. Собственно антидепрессивное действие препарата обычно проявляется на 7—10-й день, тогда как в первые дни на первый план выступают седативный эффект или побочные явления в виде сонливости, головокружения, сухости слизистой рта, нарушения аккомодации, задержки мочеиспускания. Указанные явления исчезают после адаптации к препарату или снижения доз. В малых дозах (50—75 мг) amitриптилин можно применять при ипохондрических состояниях экзогенно-органического или соматогенного генеза. При назначении его больным с ипохондрическими состояниями соматогенной природы следует помнить, что он противопоказан при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в стадии обострения гипертонической болезни III стадии, острых заболеваниях печени и почек, декомпенсированных пороках сердца, нарушениях проводимости сердечной мышцы, заболеваниях крови. В особо резистентных случаях препарат вводят внутривенно капельно или внутримышечно в дозе 50—75 мг в сутки.

Хороший эффект при затяжных ипохондрических состояниях экзогенно-органического генеза наблюдается при назначении оксилитина в дозе 200—300 мг в сутки. Препарат показан больным с расстройствами мозгового кровообращения, гипертонической болезнью, атеросклерозом и др. Побочные явления выражены слабо, иногда отмечается сухость во рту, жажда, тошнота. Препарат противопоказан при выраженной гипертонии. В случаях терапевтически резистентных ипохондрически-дистимических и ипохондрически-депрессивных состояний эндогенного генеза хороший эффект оказывает герфонал в дозе 150—300 мг в сутки. Препарат с большой осторожностью следует применять при ипохондрических состояниях соматогенной и экзогенно-органической природы, поскольку он обладает побочными эффектами в виде экстрапирамидных расстройств, гипотонии.

Менее выраженным побочным эффектом обладает азафен. В то же время антидепрессивное и седативное действие препарата выражено достаточно отчетливо, сопровождаясь одновременно тимоаналептическим эффектом. Многие исследователи отмечают транквилизирующее действие азафена. Препарат широко применя-

ется при невротических и неврозоподобных расстройствах, а также при астеноипохондрических и истероипохондрических состояниях соматического генеза. Лечение начинается с дозы 25—50 мг в сутки, средняя терапевтическая доза 150—200 мг в сутки.

Антидепрессанты стимулирующего действия в настоящее время нашли широкое применение в амбулаторной практике, поскольку не вызывают состояний сонливости, заторможенности, вялости. Чаще всего используется мелипрамин в дозе 150—200 мг в сутки, лечение начинается с 50—75 мг. Максимальный терапевтический эффект наблюдается при ипохондрических состояниях в рамках эндогенной депрессии. При тревожно-ипохондрических и ипохондрически-паранойяльных состояниях невротического и посттравматического генеза мелипрамин не оказывает удовлетворительного терапевтического эффекта.

Пиразидол обладает выраженным тимоаналептическим эффектом, причем при тревожно-ипохондрических состояниях он оказывает седативный, а при астеноипохондрических состояниях — активизирующий эффект. Препарат можно назначать при ипохондрических состояниях экзогенно-органического и соматогенного генеза, т. к. побочных явлений и осложнений в дозах 250—300 мг в сутки нами не отмечалось.

Ингибиторы МАО (нуредаль, транссимин, индопан) оказывают хороший терапевтический эффект при ипохондрических состояниях различного генеза. Нами чаще всего применялся нуредаль в дозе 100—150 мг в сутки. Он обладает выраженным стимулирующим эффектом, применяется при астеноипохондрических, истероипохондрических и депрессивно-ипохондрических расстройствах. По нашим данным, нуредаль менее эффективен при дистимико-ипохондрических и паранойяльно-ипохондрических расстройствах экзогенно-органического и соматогенного генеза. Из побочных эффектов следует указать на головную боль, головокружения, запоры, задержку мочеиспускания, нарушение сна. Следует особо подчеркнуть, что ингибиторы МАО несовместимы с трициклическими антидепрессантами.

Из синтетических психостимуляторов в нашей стране чаще всего применяется сиднокарб, сиднофен и биметил.

Сиднокарб нами применялся на начальных этапах формирования ипохондрических расстройств при наличии в клинической картине заболевания астенических, вазовегетативных и вестибулярных расстройств. Оптимальной оказалась доза 5—20 мг в сутки, назначаемая утром и в обед. С большой осторожностью следует назначать препарат при наличии сенестопатических расстройств, т. к. возможно их усиление, особенно в случаях сенесто-ипохондрических нарушений посттравматического генеза. Препарат несовместим как с трициклическими антидепрессантами, так и ингибиторами МАО.

Биметил также целесообразно применять на начальных этапах заболевания в дозе 0,25 мг утром и вечером. При применении любого из психостимуляторов может, особенно у лиц с резидуальной церебрально-органической недостаточностью, развиваться эффект гиперстимуляции, проявляющийся в раздражительности, вспыльчивости, нарушении сна. В этих случаях необходимо снизить дозу или отменить препарат.

Сиднофен менее активен, чем сиднокарб. Он оказывается эффективным при астеноипохондрических, депрессивно-ипохондрических состояниях в дозе 15—20 мг в сутки.

По нашим данным, наибольшее психостимулирующее действие при ипохондрических состояниях различного генеза оказывают адаптогены растительного происхождения: настойка радиолы розовой, китайского лимонника, элеутерококка, женьшеня и др. Чаще всего нами использовалась настойка радиолы розовой в дозе 10—15 кап. 3 раза в день. При наличии агрипнических расстройств следует отказаться от приема препарата в вечернее время.

Как показал наш опыт, весьма важным оказалось соблюдение принципов комплексности, поэтапности, дифференцированности проводимых при ипохондрических состояниях социотерапевтических и медикаментозных воздействий. Их осуществление возможно в условиях качественного совершенствования специализированной психиатрической службы для больных с пограничными состояниями. Адекватной организационной формой оказания такой помощи явилась разработанная нами модель центра пограничных состояний (ЦПС).

Модель структуры областного (краевого) центра по оказанию специализированной помощи больным с пограничными состояниями

Заведующий кафедрой психиатрии.
Главные врачи областной (краевой) психиатрической больницы и психоневрологического диспансера

Заведующий Центром пограничных состояний
Комплексы

| | Консультативно-поликлинический | Полустационарный | Стационарный | Лабораторно-диагностический |
|--------|---|----------------------------|--|----------------------------------|
| Сектор | Амбулаторного приема | Психотерапевтические | Активной терапии | Электрофизиологическая |
| | Психотерапевтический | Психологов | Эмоционально-психологической разгрузки рефлексотерапии | Экспериментально-психологическая |
| | Сексологический | Кабинет Рефлексотерапии | Палата | Лаборатория |
| | Суицидологический | Эстетотрудотерапии | Отделение восстановительной терапии | Биохимическая |
| | Детско-подростковой службы | Физioterapiи, массажа, ЛФК | | Гормональной диагностики |
| | | | | Исследований нейромедиаторов |
| | Профилакторий | Оздоровительный лагерь | Психогигиенические кабинеты на промышленных предприятиях | |
| | Методы лечения, профилактики и социального оздоровления населения | | | |
| | Психотерапевтические | Психотропные средства | Биологические | |
| | Рациональная | Малые траквилизаторы | Общеукрепляющие | |
| | Гипносуггестивная | Психостимуляторы | Рефлексотерапия | |
| | Семейная | | Стимулирующая | |
| | Коллективная | | Рассасывающая | |
| | Наркопсихотерапия | Антидепрессанты | Лечебное голодание | |
| | Аутотренинг | Нейролептики | Депривация сна | |
| | Психоортопедия | Ноотропы | Инсулинотерапия | |
| | | | Атропиновая терапия | |

В структурном отношении ЦПС представлен четырьмя комплексами (схема), которые позволяют наиболее полно выявить среди населения лиц с различными нервно-психическими нарушениями (включая начальные проявления) [Семке В. Я. и др., 1982; Семке В. Я., 1984].

В задачи ЦПС входит: разработка и внедрение методов раннего выявления и диспансеризации больных с пограничными нервно-психическими расстройствами; улучшение диагностической работы с использованием научно обоснованных клинических, преклинических и социально-психологических методов обследования; внедрение принципов патогенетического лечения пограничных состояний; проведение комплекса мероприятий по социально-трудовой реадaptации и реабилитации, предупреждению инвалидизации больных; оказание высококвалифицированной консультативной помощи врачам, активное участие врачей центра в научно-исследовательской деятельности; совершенствование пропаганды медицинских и санитарно-гигиенических знаний по проблемам пограничной психиатрии в сельских районах и на промышленных предприятиях.

Важным принципом работы ЦПС является четкое взаимодействие всех звеньев [Семке В. Я., 1979, 1984], дающее возможность более обоснованно и эффективно использовать комплекс патогенетических терапевтических воздействий. На начальной стадии невротической (неврозоподобной) и характерологической патологии успех достигается от применения в амбулаторных условиях психотерапевтического комплекса (ПТК), включающего разнообразные приемы (одномоментное или последовательное применение рациональной, гипносуггестивной психотерапии, аутогенной тренировки).

При отсутствии должного терапевтического эффекта (как правило, при подостром варианте динамики пограничной патологии и присоединении соматогенно-органических радикалов) врач амбулаторного приема направляет больного в полустационарное звено центра (дневной или ночной стационары). Именно там удается наиболее полно обеспечить комплексное воздействие на клиническую картину заболевания (ПТК, амиталкофенновые вливания, общеукрепляющая и стимулирующая).

щая терапия, психотропные препараты и др.), провести комплексное лабораторное исследование. Помимо этого, пребывание в полустационаре имеет ряд других преимуществ: больной выключается из конфликтной микросоциальной среды при сохранении возможности трудовой деятельности, соблюдается на практике принцип дезалиенизации, обеспечивается преемственность амбулаторной и стационарной служб центра. После курсового лечения больные выписываются на поддерживающую психотерапию, включающую комплекс мероприятий по последовательной переделке прежнего болезненного стереотипа поведения, усиленной тренировке резервных волевых ресурсов личности, установлению новых социальных контактов, рациональному трудоустройству.

При наличии стойких, труднокурабельных ипохондрических нарушений больные направляются в стационарное отделение центра, оснащенное современной лечебно-диагностической аппаратурой. Наряду с массивной психотерапевтической работой широко используются методы разгрузочно-диетической терапии (РДТ), электросна, депривация сна, инсулиновая и атропиновая терапия (в средних и высоких дозах), рефлексотерапия. Накопленный нами опыт применения последнего метода убедительно показывает его эффективность при лечении пограничных состояний, при котором, помимо прямого влияния иглотерапии, имеет значение психотерапевтический компонент воздействия. Важное место отводится лечебно-восстановительным мероприятиям: организации досуга больных, дифференцированной трудо- и эстетотерапии, а также ЛФК, контрастной гидротерапии (сауне), лыжным прогулкам, бегу трусцой и др. Время пребывания в стационаре ограничивается 30—45 днями, это формирует психологическую готовность к выписке, предотвращает фиксацию болезненной симптоматики.

Создание лабораторно-диагностического комплекса способствует повышению качества диагностической и лечебной работы. Используемые методы диагностики позволяют уточнить функциональное состояние головного мозга больных (с применением методов динамического нейрофизиологического обследования), уровень

эмоциональных и вегетативных сдвигов, характерологические особенности больных и их реакцию на проводимую терапию. Динамическое изучение содержания нейромедиаторов в периферической крови имеет важное прогностическое значение, так как зачастую при клиническом улучшении состояния больного нейрогуморальные показатели еще не возвращены к норме; это предполагает продолжение лечения до устранения нейрохимической декомпенсации. С учетом сложности данного раздела работы, имеющего несомненную научную значимость, его выполнение проводится силами сотрудников кафедры.

В условиях ЦПС хороший эффект дает предложенная нами интенсивная психотерапия, оправданная в первую очередь в регионе Сибири и Дальнего Востока. Имеется в виду активное лечение больных с ипохондрическими расстройствами из отдаленных сельских районов, приезжающих на курсовое амбулаторное лечение. Применяемая методика ускоренного курса ПТК (ежедневные сеансы психотерапии) с присоединением медикаментозной и рефлексотерапии, ЛФК, физиотерапии направлена на достижение наибольшего терапевтического эффекта в короткие сроки с последующим закреплением и углублением лечебного результата. Для их проживания в городских условиях целесообразно развертывание пансионата.

Разработанные нами программы психопрофилактики и ранней реабилитации можно применять как в условиях ЦПС, так и на базе общесоматических поликлиник.

Первая программа используется для лечения ипохондрических расстройств экзогенно-органического генеза. На первый план в данной программе выступает применение дегидратационно-рассасывающих средств (хлористый кальций, сернокислая магнезия, верошпирон, лазикс, маннитол, бийохиноль и др.), ноотропов (ноотропил, энцефабол и др.), ангиопротекторов (стугерон, кавинтон, никошпан). Хороший эффект оказывает применение различных биостимуляторов (лидаза, алоэ, гумизоль). На начальных этапах ипохондрического патологического развития личности широко используются транквилизаторы, адаптогены, психотера-

психические методы (гипноз, аутотренинг). На 2—3-й стадии заболевания обязательным является комплексное использование ноотропных, дегидратационно-рассасывающих и биостимулирующих средств с применением малых доз нейролептиков и антидепрессантов в стационарных условиях. Особую значимость для компенсации ипохондрических расстройств и предупреждения инвалидности на 3—4-й стадии заболевания приобретает семейная и групповая психотерапия, а также рациональное трудоустройство с учетом выраженности церебрально-органических и патохарактерологических расстройств: перевод с административно-хозяйственной работы на работу с ненормированным характером трудовой деятельности, позволяющим варьировать темп работы, использовать индивидуальные перерывы и др. При наличии стойких вазовегетативных расстройств обязательным является освобождение от командировок, ночных смен. Необходимо отметить, что одним из важнейших условий эффективного использования психотерапевтического комплекса является купирование дистимико-дисфорических и паранойяльных нарушений при помощи психофармакологических средств. При этом низкая курабельность ипохондрически-паранойяльных расстройств является абсолютным противопоказанием для проведения «активных» методов психотерапии (гипноз, наркопсихотерапия). В ряде случаев хорошие результаты могут быть получены при использовании косвенных психотерапевтических методов путем сочетания психотерапевтических воздействий с рефлексотерапией, акупунктурой и др.

Вторая программа ранней реабилитации предназначена для лечения больных с ипохондрическими расстройствами психогенного происхождения. Она включает в себя клинически дифференцированное применение различных методов ПТК (аутотренинг, наркопсихотерапия, гипноз, рациональная семейная или коллективная психотерапия). Обязательно применяются игло-рефлексотерапия (в сочетании с различными методами психотерапии), лечебная физкультура, адаптогены. Из медикаментозных средств наибольший эффект оказывают транквилизаторы. Выбор конкретных методов определяется этапом заболевания, наличием и интенсив-

ностью реактивно-личностных, психосоматических и вегетативно-вестибулярных расстройств, стойкостью патохарактерологических нарушений. Так, на начальных стадиях развития заболевания психотерапевтические мероприятия должны быть направлены на разрешение имеющихся конфликтов семейно-бытового или производственного характера, причем основной акцент делается на вскрытие истинных причин возникновения конфликтных ситуаций. Особую значимость приобретают психотерапевтические мероприятия в тех случаях, когда причиной возникновения ипохондрических расстройств является болезнь или смерть родственников, близких или сослуживцев больного. Реализация психотерапевтических методов (коррекция масштаба переживания) должна проводиться с учетом не только синдромальной структуры ипохондрических нарушений, но и особенностей доболлезненной личности и характера внутрисемейных взаимоотношений. Наиболее эффективными являются гипноз, сочетание гипноза и рефлексотерапии, транквилизаторы активирующего спектра действия (сибазон и др.). На втором и третьем этапах формирования психогенных ипохондрических нарушений, особенно при наличии дистимико-ипохондрических или депрессивно-ипохондрических расстройств, лучший эффект получается при использовании наркопсихотерапии в сочетании с транквилизаторами седативного спектра действия. В ряде случаев целесообразным следует считать применение небольших доз антидепрессантов (нуредаль, amitриптилин) или нейролептиков (тизерцин, соннапакс и др.). Гипнотерапия применяется при истероипохондрических нарушениях. При наличии стойких патохарактерологических расстройств ипохондрического круга обязательным следует считать применение коллективной и семейной психотерапии.

Третья программа предназначена для лечения ипохондрических расстройств соматогенного генеза. Она включает в себя тщательное соматоневрологическое обследование больного с определением характера и тяжести соматических нарушений и осуществляется в тесном контакте с терапевтом, невропатологом, эндокринологом. В соответствии с рекомендациями этих специалистов разрабатываются конкретные схемы профи-

лактических мероприятий, направленные на обострение заболевания. Так, при наличии хронической патологии со стороны легочной системы проводится ее санация с использованием антибиотиков, иммунокорректоров и других средств. При смешанных (функционально-органических) нарушениях со стороны желудочно-кишечного тракта (хронические холециститы, колиты и др.) широко используется диетотерапия, препараты из растительных средств с желчегонным, спазмолитическим, противовоспалительным действием. Особое внимание следует обращать на отмену лекарственных средств, длительно (3—5 лет) употреблявшихся больными даже без достаточных клинических показаний. В этих случаях необходима их постепенная отмена путем снижения дозировок или замены на «менее вредные» препараты из растительного сырья, обладающие аналогичным действием. При этом необходимо проведение рациональной психотерапии, причем грамотность аргументации, установление адекватного психотерапевтического контакта являются обязательным условием эффективного психотерапевтического воздействия. Учительная хорошая осведомленность больных о методах лечения соматических болезней, даже незначительная ошибка в определении дозы, механизма действия, формы употребления того или иного препарата может быть причиной возникновения враждебно-недоверчивого отношения пациента к врачу и свести к минимуму усилия по его реабилитации. При наличии дистимико-дисфорических и депрессивно-дисфорических нарушений необходимо назначение психотропных средств, преимущественно транквилизаторов. Во всех случаях следует учитывать механизмы взаимодействия психотропных препаратов с лекарственными средствами, применяемыми для профилактики обострения соматических расстройств. За 7—10 дней до выписки из стационара проводится подготовительный этап к переходу на поддерживающую терапию. Больные подвергались повторному соматическому и психоневрологическому обследованию, составлялись рекомендации с учетом всех его результатов. Наряду с семейной психотерапией активно проводились социогигиенические мероприятия, связанные

с оптимизацией режима труда и отдыха, обращением к врачу в амбулаторных условиях и др.

Четвертая программа применялась при ипохондрических расстройствах эндогенно-процессуального генеза. Необходимо подчеркнуть, что диагностика эндогенного процесса, в рамках которого формируется ипохондрическая симптоматика, не исключает применения различных методов психотерапии. Однако психотерапевтические мероприятия должны включаться на втором этапе восстановительного лечения, после «разрыхления» сопутствующей неврозо- и психопатоподобной симптоматики, редукции паранойяльных, деперсонализационно-дереализационных расстройств и др. Следует указать, что максимальный терапевтический эффект при лечении эндогенно-процессуальных непсихотических ипохондрий был получен при парентеральном (особенно капельном) введении транквилизаторов, что совпадает с данными А. Б. Смулевич (1987). В ряде случаев, особенно при паранойяльно-ипохондрических нарушениях применялись небольшие дозы нейролептиков (трифтазин, триседил и др.). Хороший эффект был получен при комплексном использовании amitriptилина (12—25 мг в сутки), галоперидола (1—2 мг в сутки в каплях) и настойки золотого корня, особенно при наличии у больных астено-субдепрессивных, дистимико-ипохондрических и истероипохондрических нарушений. В случаях депрессивно-ипохондрических расстройств с деперсонализационно-дереализационными включениями хороший эффект давал терален (10—15 мг) в сочетании с внутривенным введением седуксена (20—30 мг в сутки) и настойкой золотого корня по 10—15 капель 2 раза в день (утро, обед). При наличии стойких дистимико-ипохондрических нарушений применялось внутримышечное введение 1,0—2,0 аминазина с аутогемотерапией. В целом лечение эндогенных ипохондрических расстройств желательно проводить в стационарных условиях в течение 2—3 месяцев. Поддерживающая терапия должна включать в себя не только применение транквилизаторов или небольших доз психотропных средств, но и психотерапевтические мероприятия, направленные на реконструкцию внутрисемейных отношений и восстановление механизмов социально-производственной адаптации.

Проведенный анализ показал, что в процессе дифференцированного применения реабилитационных программ, наряду с уменьшением интенсивности вегетативно-вестибулярных и диэнцефальных нарушений, отмечались значительная редукция ипохондрических расстройств, повышение физической и умственной активности больных. Отмеченные сдвиги раньше всего (12—16-й день) наблюдались при ипохондрических состояниях психогенного генеза; на 18—24-й день при ипохондрических состояниях экзогенно-органической и соматогенной природы. Динамика терапевтических сдвигов при ипохондрических состояниях эндогенного происхождения чаще всего имела волнообразно затухающий характер, при котором период первоначального улучшения вновь сменялся актуализацией ипохондрических переживаний с возобновлением настороженного или негативного отношения к медицинскому персоналу и проводимым лечебно-восстановительным мероприятиям. В целом реализация разработанных программ позволила значительно ($p < 0,01$) увеличить число больных с ремиссией типа «А» и «Б», снизить ($p < 0,01$) количество лиц с ремиссией типа «Б» и «С». При этом становление полноценных ремиссий сопровождалось восстановлением механизмов как профессионального, так и психологического приспособления. Об этом свидетельствовало значительное ($p < 0,01$) увеличение больных с полной устойчивой адаптацией, а также снижение числа больных ($p < 0,01$) с формальным социально-производственным приспособлением в условиях обычного производства.

Клинико-катамнестическое исследование показало снижение показателей временной утраты трудоспособности (ВУТ) с $118,4 \pm 4,8$ до $26,4 \pm 1,8$ дней, особенно ярко проявившееся у лиц с психогенными ипохондрическими расстройствами: $106,4 \pm 6,8$ и $10,4 \pm 1,2$ дней. Одновременно можно было отметить существенное ($p < 0,01$) снижение показателя обращаемости за медицинской помощью: с $98,4 \pm 6,8$ до $4,6 \pm 0,4$. Клинически это выражалось в практически полном отказе от вызовов скорой помощи, многочисленных обращений к специалистам общесоматической сети.

Клинико-динамическое и клинико-катамнестическое исследование с последующей обработкой полученных данных методами многомерного статистического анализа позволило выделить критерии социально-трудового прогнозирования при ипохондрических состояниях различного генеза.

В частности, при ипохондрических состояниях посттравматического генеза состояние механизмов социально-производственной адаптации определялось не столько выраженностью ипохондрических патохарактерологических расстройств, сколько характером и интенсивностью сопутствующих астенических, вегетативно-вестибулярных и церебрально-органических расстройств. Стойкая физическая и психическая астения, частые и малокурабельные диэнцефальные пароксизмы, нарастающие общеорганического снижения личности значительно снижают профессиональные возможности больных. В этих случаях необходимо устройство больных в коллективах с преимущественно неформальными взаимоотношениями, ненормированным характером трудовой деятельности (вахтер, череплетчик и др.). Однако при присоединении к указанным нарушениям параноидальных расстройств, частых и некорректируемых колебаниях настроения с возникновением реакций дистимико-дисфорического круга социально-трудовой прогноз следует считать неблагоприятным. Целесообразным является признание больных полностью нетрудоспособными с последующей повторной реализацией программ ранней реабилитации в стационарных условиях. Необходимо отметить, что важным фактором возвращения больных к работе в условиях обычного предприятия особенно у лиц молодого возраста является заключение о возможности трудовой деятельности с ограничением объема профессиональных обязанностей. Это позволяет больному сохранить контакты с членами трудового коллектива, непосредственным руководством и обязывает администрацию предприятия использовать все имеющиеся возможности для рационального трудоустройства больных.

Ухудшение качества социально-производственного приспособления отмечается при наличии стойких патохарактерологических нарушений, при патологически

протекающем климаксе с алгически-ипохондрическими расстройствами. В этих случаях целесообразным является изменение условий трудовой деятельности по линии ВКК: сужение объема профессиональных обязанностей, освобождение от ночных смен, командировок, административно-хозяйственной деятельности, общественных нагрузок и др. Нежелательным следует считать признание больных полностью нетрудоспособными, т. к. определение инвалидности способствует фиксации имеющихся ипохондрических нарушений и формированию новых реактивно-личностных образований.

При соматогенных ипохондриях прогноз является благоприятным преимущественно у лиц молодого возраста при сохранении компенсаторно-приспособительных механизмов и наступлении полной устойчивой ремиссии сомато-неврологической патологии. У лиц пожилого возраста в условиях Сибири и Дальнего Востока преобладающей являлась тенденция к формированию тяжелых, часто рецидивирующих сомато-неврологических нарушений [Казначеев В. П., Деряпа Р. П., 1984; Карпов Р. С., 1988 и др.]. Несомненно неблагоприятным прогностическим фактором являлся патологический климакс, описторхоз и наличие признаков общего или церебрального атеросклероза. В этих случаях отмечалась стабилизация имеющихся вегетативно-вестибулярных и сосудистых расстройств, сопровождавшихся нарастанием астенизации, истощаемости, усилением патохарактерологических и реактивно-личностных нарушений.

Прогноз при эндогенно-процессуальных непсихотических ипохондриях определяется выраженностью психопатоподобных нарушений, степенью эмоционально-волевого снижения, а также преморбидными личностными особенностями. При наличии высокого общеобразовательного и профессионального уровня в доболезненном периоде больные оказываются в состоянии успешно работать по своей прежней специальности без существенных ограничений. Прогностически неблагоприятным фактором является возникновение у больных паранойяльных идей, оказывающих, как правило, неблагоприятное воздействие на межличностные отношения в коллективе. В этих случаях, а также при наличии у больных аутизма, замкнутости, отгороженности решающее значе-

ние для сохранения больного в условиях обычного предприятия является перевод на работу в коллективы с преимущественно официальным характером межличностных взаимоотношений и строгой регламентацией профессиональных обязанностей. Не следует стремиться признать больного полностью нетрудоспособным даже при полной дезорганизации механизмов профессионального и социально-психологического приспособления. Наши клинико-катамнестические исследования указывают на спонтанность «маятникообразных» изменений трудовой деятельности больных, т. е. чередования периодов, характеризующихся повышением работоспособности, творческой и физической продуктивности с состояниями (от 2 недель до 1—2 месяцев) подавленности, вялости, сопровождающихся усилением сенесто-ипохондрических расстройств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ипохондрические состояния являются весьма распространенной формой нервно-психической патологии у пациентов, обращающихся за медицинской помощью в учреждения общесоматической сети. Как показывает наш клинический опыт, данные больные составляют значительную часть контингента так называемых «трудных», «неясных» [Пуэнеску-Подяну, 1976] больных.

Достижение удовлетворительного терапевтического эффекта у больных со стойкими ипохондрическими расстройствами представляет собой сложную задачу даже в условиях специализированного психотерапевтического стационара. Поэтому первостепенную значимость приобретает проблема ранней диагностики больных с ипохондрическими нарушениями. Как показали наши исследования, большая часть (90,6%) больных с ипохондрическими состояниями длительно (в течение 3—15 лет) состоят на учете у специалистов общесоматической сети с диагнозом «нейроциркуляторная дистония», «вегетоневроз», «начальные проявления церебрального атеросклероза» и др. В это время они, как правило, не получают необходимого лечения, что является основной причиной неблагоприятного течения ипохондрических нарушений.

Изучение общих и специфических закономерностей формирования ипохондрических расстройств у пациентов общесоматической сети показало, что в возникновении ипохондрических нарушений принимает участие широкий круг экзогенно-органических, психогенных и конституционально-биологических факторов. При этом выявление ведущего фактора в генезе ипохондрических

расстройств приобретает первостепенную значимость для разработки адекватных лечебно-восстановительных мероприятий. К числу общих закономерностей формирования ипохондрических расстройств относится становление ипохондрических состояний как нового свойства личности, т. е. ипохондрические нарушения становятся существенной частью патохарактерологических расстройств, определяющих дезорганизацию механизмов социально-производственной адаптации больных и препятствующих компенсации патологического процесса. Важно при этом подчеркнуть, что независимо от факторов, определяющих генез стойких патохарактерологических расстройств, их формирование и стабилизация указывают на неблагоприятный характер заболевания в целом. Поэтому исследование клинической динамики, наряду с выделением ведущих этиопатогенетических факторов, приобретает первостепенное значение.

Нами выделены ипохондрические расстройства экзогенно-органического, психогенного и соматогенного генеза, а также ипохондрические нарушения при эндогенных заболеваниях. Исследование клинической динамики ипохондрических расстройств посттравматического генеза выявило следующие этапы их формирования: инициальный, манифестный, структурирования аномальных свойств личности, патохарактерологических сдвигов и общеорганического снижения личности. К специфическим особенностям манифестного ипохондрического синдрома экзогенно-органического генеза, наряду с повышенным вниманием к своему здоровью и боязнью заболеть, относится алгическая окраска астенических расстройств, концептуализированный характер жалоб и позофобические нарушения. Присоединение стволотодноцефальных нарушений, особенно в форме симпатоадреналовых или вагоинсулярных приступов, способствует быстрой «ипохондризации» нервно-психической сферы, формированию стойкого убеждения в наличии особого, труднодиагностируемого заболевания. В свою очередь, наличие нейросоматических нарушений в виде нейродистонического, кардиосенестопатического, абдоминального и астматоидного синдромов, имитирующих реальную соматическую патологию, обуславливает обращение больных к специалистам общесоматической

сети. В то же время адекватную диагностику ипохондрических состояний отличают такие признаки, как несоответствие конкретных жалоб больных их предполагаемому диагнозу, т. е. их концепции заболевания, необычному характеру болезненных ощущений, отсутствию реальной патологии со стороны внутренних органов и т. д. В то же время в этих случаях врачу необходимо как в психотерапевтической работе, так и при назначении медикаментозной терапии учитывать имеющиеся церебрально-органические нарушения.

Клинико-динамический анализ выявил три этапа в формировании ипохондрических расстройств невротического генеза: начальный, этап структурирования ипохондрического синдрома и этап собственно невротического ипохондрического развития. На начальном этапе клиническая картина заболевания укладывалась в одну из трех форм невроза: неврастении, истерического невроза и невроза навязчивых состояний. Собственно ипохондрическая симптоматика выражалась в фиксации внимания на астенических и вазовегетативных нарушениях, опасениях по поводу необычного состояния своего здоровья. При неблагоприятном течении заболевания отмечалась трансформация невротических ипохондрических реакций в состояния, близкие к описанным Н. Д. Лакошиной (1970) «невротическим депрессиям», причем отмечалось как бы взаимное усиление собственно ипохондрических и тревожно-депрессивных расстройств. В этот период, наряду с фиксацией больных на реальных вазовегетативных расстройствах, появлялась убежденность в наличии серьезного труднодиагностируемого заболевания, что обуславливало частые обращения к специалистам общесоматического профиля. Отсутствие адекватной терапевтической помощи выступало в качестве существенной причины стабилизации ипохондрических расстройств и перехода заболевания в этап собственно невротического ипохондрического развития личности.

Исследование клинической динамики ипохондрических состояний соматогенного происхождения позволило выделить этапы ипохондрических реакций, структурирования ипохондрического синдрома и этап ипохондрического патологического сдвига личности. Особенностью формирования ипохондрических реакций являлось

наличие реальных опасений у больных в отношении возможного прогрессирования перенесенного заболевания. Однако и в этих случаях происходила типичная для лиц с ипохондрическими расстройствами фиксация на вазовегетативных и вестибулярных нарушениях, что обуславливало диссоциацию между жалобами больных и реальными соматовегетативными нарушениями. При ипохондрических расстройствах соматогенного генеза уже на начальном этапе происходила декомпенсация преморбидных личностных черт, которые в большинстве случаев расценивались нами в качестве прёспсихопатических или психопатических. На следующем этапе происходило завершение формирования ипохондрических расстройств, причем их конкретная синдромологическая структура во многом определялась характером декомпенсации аномальных личностных черт. Наиболее частыми были астеноипохондрический, дистимико-ипохондрический и истероипохондрический синдромы.

Отдельного изложения, с нашей точки зрения, требуют ипохондрические расстройства эндогенного генеза. В данной монографии мы изучили ипохондрические расстройства, предшествующие депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, развивающиеся на высоте депрессивного аффекта, а также ипохондрические синдромы, возникающие в процессе формирования ремиссий.

Таким образом, система психопрофилактики и ранней реабилитации больных с ипохондрическими состояниями раннего генеза должна иметь комплексный характер и осуществляться в тесном взаимодействии с врачами различных специальностей: психотерапевтами, психологами, кардиологами, невропатологами, гастроэнтерологами.

Конкретные лечебно-трудовые мероприятия должны проводиться с учетом широкого круга клинико-социальных характеристик: пол, возраст, образование, этиопатогенетические факторы, этап заболевания, структура ипохондрического синдрома и др. Обязательным является соблюдение принципов индивидуальности, этапности и разносторонности терапевтического воздействия. Все вышеизложенное явилось отправной точкой для разработки комплексных программ психопрофилактики

тики и ранней реабилитации. В их основу были положены психотерапевтический комплекс (ПТК) [Семке В. Я., 1976], блоки медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

Реализация разработанных программ психопрофилактики и ранней реабилитации наиболее эффективной оказывается как в условиях центра пограничных состояний (ЦПС), так и в психодиагностических кабинетах, организуемых на базе крупных поликлиник города.

ЛИТЕРАТУРА

Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. М., 1988. 528 с.

Амбрумова А. Г. К вопросу об ипохондрическом развитии личности (в частности, ее неблагоприятном варианте)//Вопр. клиники, патогенеза и терапии псих. заболеваний. М., 1972. С. 324—329.

Ануфриев А. К. Ипохондрические синдромы (клиника, генез, лечение): Автореф. дис. ... канд. наук. М., 1963. 23 с.

Ануфриев А. К. К вопросу о так называемой сенестопатической форме шизофрении//4-й Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров. М., 1965. Т. 3, вып. 1. С. 238—244.

Ануфриев А. К. Патология общего чувства и аффективные расстройства с эквивалентами//Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях/Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1979. С. 8—24.

Батурина В. В. К сравнительному анализу клиники и динамики истерических ипохондрий//Вопр. психиатрии. Алма-Ата, 1988. Вып. 1. С. 6—8.

Белов В. П. Патологическое и невротическое развитие личности: содержание понятий и дифференциация//Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1983. С. 17—22.

Белов В. П., Насруллаев Ф. С. Этапы патологического развития личности в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы//Всероссийский съезд невропатол. и психиатров. М., 1974. Т. 3. С. 347—350.

Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене). М.: Медицина, 1976. 176 с.

Березин Ф. Б. Проблемы эпидемиологического изучения психосоматических соотношений//Эпидемиологические исследования в неврологии и психиатрии. М., 1982. С. 7—10.

Бехтерев В. М. Соматофрения//Обозрение психиатрии, неврологии, рефлексологии. 1928. Вып. 1. С. 5—12.

Бехтерев В. М. Избранные произведения. Л.: Медицина, 1954. 258 с.

Бланкфельд А. Е. Ипохондрический синдром в психиатрической клинике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ташкент, 1949. 22 с.

Бобров А. С. Проблема «истинной ипохондрии» в свете задач врачебно-трудовой экспертизы//Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями. М., 1977. С. 84—94.

Бобров А. С. Ипохондрическое развитие личности//Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями. М., 1977. С. 119—126.

Бобров А. С. Затяжная непсихотическая ипохондрия в практике врачебно-трудовой экспертизы. М.: Медицина, 1984. 142 с.

Буль П. И. Основы психотерапии. Л.: Медицина, 1974. 308 с.
Варапетов Б. А., Демченко А. Н. Сердечно-сосудистые нарушения при патологическом климаксе у мужчин и их лечение. М.: Медицина, 1976. 192 с.

Виленский О. Г. Последствия закрытых черепно-мозговых травм. Киев: Здоров'я, 1971. 111 с.

Вишляева Е. М. Современные тенденции в лечении климактерического синдрома//Акуш. и гинекология. 1978. № 10. С. 63—67.

Ганнушкин П. Б. Избранные труды. М.: Медицина, 1964. С. 246—260.

Гиляровский В. А. Старые и новые проблемы психиатрии. М.: 1946. 198 с.

Гирляндина Л. Г. О взаимоотношениях соматического и психического в медицине//Врачебное дело. 1947. Вып. 8. С. 625—632.

Голодец Р. Г. Некоторые аспекты проблемы экзогенно-органических психозов на современном этапе//Невро-психические заболевания экзогенно-органической природы. М., 1975. С. 11—18.

Гордова Т. Н. Отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы в судебно-психиатрическом аспекте. М.: Медицина, 1973. 175 с.

Губачев Ю. М., Старобинский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Л.: Медицина, 1980. 216 с.

Гуревич М. О. Психиатрия. М.: Медицина, 1949. 502 с.

Дементьева Л. И. Проблема ипохондрии в современной психиатрии (обзор литературы)//Вопр. психиатрии и невропатологии. 1976. Вып. 15. С. 379—389.

Дубницкая Э. Б. О клинических особенностях синдрома истерической ипохондрии//Журн. невропатологии и психиатрии. 1977. Вып. 5. С. 733—735.

Залевский Г. В., Рождественская Е. А. Профилактическое и прогностико-реабилитационное значение проявлений психической ригидности в структуре личности больных неврозами//Реабилитация больных неврозами психическими заболеваниями и алкоголизмом. Л., 1986. С. 71—73.

Зборщик В. Е. Об ипохондрическом состоянии личности//Врачебное дело. 1962. Вып. 2. С. 21—24.

Зборщик В. Е. Краткий обзор учения об ипохондрии//Вопр. клиники, патофизиологии и лечения психических заболеваний. Луцанск, 1964. Вып. 5. С. 3—11.

Калачов Б. П., Лакосина Н. Д., Даренский И. П. Сравнительное исследование клинической динамики неврозов с различной выраженностью ипохондрического невроза//Журн. невропатологии и психиатрии. 1984. Вып. 11. С. 1679—1683.

Калинин А. И. Соматогенные неврозы//Военно-медицинский журнал. 1973. Вып. 5. С. 79—81.

Карвасарский Б. Д., Тупицы Ю. Н. Глоссарий. Основные формы и синдромы для унифицированной оценки состояния больных неврозами: методическое письмо. М., 1974. 41 с.

Карвасарский Б. Д. Психиатрия. М.: Медицина, 1985. 307 с.

Карвасарский Б. Д. Неврозы. М.: Медицина, 1980. 448 с.

Кербинов О. В. Избранные труды. М.: Медицина, 1971. 312 с.

Климов В. А. Вопросы патологического развития личности у больных с функциональными и органическими поражениями толстого кишечника в аспекте врачебно-трудовой экспертизы//Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация инвалидов. М., 1975. Вып. 3. С. 156—159.

Ковалев В. В., Белов В. П. Неврозоподобные нарушения при некоторых хронических соматических заболеваниях у взрослых и детей//Клиническая диагностика неврозов и психопатий. Л.: Медицина, 1967. С. 59—86.

Ковалев В. В. Некоторые закономерности клинической динамики неврозов и их значение для понимания проблемы психогенных заболеваний//Материалы научно-практической конференции. Тамбов, 1979. С. 112—115.

Ковалев В. В. Принципиальные вопросы общей психопатологии пограничных состояний//Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1983. С. 83—89.

Коган С. И. Соматогении и патологическое развитие личности (к вопросу об ипохондрическом развитии личности)//Вопр. клиники и патофизиологии психических заболеваний. Л., 1967. С. 27—31.

Коган С. И. Некоторые варианты ипохондрического синдрома в катамнестическом освещении//Вопр. психиатрии и невропатологии: Сб. тр. Ленингр. научного общества невропатологов и психиатров. Л., 1968. Вып. 13. С. 264—268.

Козырев В. Н., Смулевич А. Б. Сравнительная характеристика психической патологии, наблюдающейся у больных территориальной поликлиники и психоневрологических диспансеров//Журн. невропатологии и психиатрии. 1982. Вып. 8. С. 58—63.

Консторум С. И., Окунева Э. Г., Барзан С. Ю. Ипохондрическая форма шизофрении//Проблемы пограничной психиатрии (клиника и трудоспособность). М.; Л., 1935. С. 150—202.

Конюхова Е. Н. Социально-трудовая адаптация с неврозоподобными формами органических заболеваний головного мозга//Журн. невропатологии и психиатрии. 1985. Вып. 4. С. 584—588.

Коркина М. В., Цивилько М. А. Основные задачи в изучении соматогений//Материалы второго съезда невропатологов и психиатров Белоруссии. Минск, 1980. С. 220—222.

Коркина М. В., Мариков В. В. Личностные особенности и характер психических нарушений при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (по данным клинико-психологического обследования)//Журн. невропатологии и психиатрии. 1982. Вып. 11. С. 92—95.

Коркина М. В., Цивилько М. А., Карева М. А. Особенности пограничных психических расстройств при некоторых хро-

нических соматических заболеваниях//Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1983. С. 101—106.

Корнилов А. А. Динамика психопатоподобных расстройств у больных, перенесших травму головы//Журн. невропатологии и психиатрии. 1981. Вып. 11. С. 1681—1684.

Корсаков С. С. Избранные произведения. М.: Медгиз, 1954. С. 246—260.

Косачев А. Л. Клиника синдрома сверхценных идей при органических заболеваниях головного мозга с дизцефальной локализацией//Вопр. клинической психиатрии. Кемерово, 1985. С. 98—99.

Костюнина З. Г. Психические нарушения при бронхиальной астме//Журн. невропатологии и психиатрии. 1971. Вып. 4. С. 578—583.

Красильников Г. Т. Реактивно-ипохондрические состояния при психопатиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1973. 20 с.

Краснушкин Е. К. Избранные труды. М.: Медгиз, 1960. 608 с.

Лакосина Н. Д. О критериях невротического развития//Журн. невропатологии и психиатрии. 1968. Вып. 6. С. 880—885.

Лакосина Н. Д. Клинические варианты невротического развития. М.: Медицина, 1970. 221 с.

Лакосина Н. Д. Идеи невротического развития в трудах П. В. Ганнушкина//Журн. невропатологии и психиатрии. 1982. Вып. 11. С. 127—129.

Лакосина Н. Д. Актуальные вопросы клиники и систематики пограничных состояний//Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1983. С. 116—122.

Липгарт Н. К. Некоторые характерологические особенности личности при длительно существующем неврозе с навязчивыми явлениями//Журн. невропатологии и психиатрии. 1969. Вып. 9. С. 1374—1377.

Лукомский М. И. Диагностика ранних психических нарушений у больных с заболеваниями соматогенной природы и вопросы лечения//Тр. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1979. С. 191—195.

Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и интрогенные заболевания. М.: Медгиз, 1944. 83 с.

Лыга Н. Н. О потребности в психиатрической помощи больным с психическими расстройствами экзогенно-органической природы по материалам общей поликлиники//Тр. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1979. С. 196—200.

Малкин П. Ф. Ипохондрические состояния с затяжным течением//Клиника и терапия психических заболеваний с затяжным течением. Свердловск, 1956. С. 95—108.

Маслов Е. В. К вопросу о патогенезе ипохондрических расстройств при неврозах и психозах//Научные работы Львовского медицинского института. Львов, 1958. Т. 14. С. 122—133.

Матвеев В. Ф., Королев А. А. Клиника и особенности течения затяжных психогенных астенических расстройств//Журн. невропатологии и психиатрии. 1978. Вып. 1. С. 1686—1690.

Мелехов Д. Е. Принципы и пути развития реабилитации в СССР//IV Международный симпозиум по реабилитации психически больных. Л., 1974. С. 69—74.

Миненков В. А. Место ипохондрического синдрома в клинике остеохондроза позвоночника//Вопр. реабилитации больных нервно-психическими заболеваниями. Томск, 1975. С. 195—197.

Момот Г. Н. К вопросу об ипохондрической форме шизофрении//Тр. I Московской психиатрической больницы. М., 1940. Вып. 3. С. 432—438.

Дифференциально-диагностические критерии ипохондрических состояний/Морковкин В. М., Басов А. М., Измайлова Л. Г., Смулевич А. Б.//VI съезд невропатологов и психиатров УССР. Харьков, 1978. С. 385—386.

Морозов А. Н. Исследование психопатологических нарушений у больных с органическими и функциональными заболеваниями сердца//Эпидемиологические исследования в неврологии и психиатрии. М., 1982. С. 194—196.

Мягер В. К., Мишина Т. М. Первичная профилактика при пограничных нервно-психических заболеваниях//Журн. невропатологии и психиатрии. 1983. Вып. 11. С. 1707—1712.

Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. 426 с.

Насонов Б. А. Ипохондрические состояния//Сб. научных работ Киевского военного госпиталя. Киев, 1964. Вып. 5. С. 224—229.

Насруллаев Ф. С. Клиническая динамика и социально-трудовой прогноз при патологическом развитии личности в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1980. 20 с.

Невзорова Т. А. Соматическое и психическое в циклотимии и проблема кортико-висцеральных взаимоотношений//Тр. Ленингр. научно-исследовательского психо-неврологического института им. В. М. Бехтерева. Л., С. 145.

Некоторые вопросы учения об ипохондрии/Первомайский В. Я., Симановский С. М., Антропов Ю. А., Ялдыгина А. С.//Журн. Советская медицина. 1966. Вып. 5. С. 51—55.

Обухов Г. А. Об особенностях ипохондрического развития личности//Здравоохранение Белоруссии. 1972. Вып. 7. С. 40—41.

Обухов Г. А. Закономерности возникновения и течения ипохондрических синдромов в пограничной психиатрии: Автореф. дис. ... док. мед. наук. М., 1972. 30 с.

Панкова О. Ф. Клиника и особенности динамики вегетативных кризов у больных с невротическими расстройствами//Журн. невропатологии и психиатрии. 1983. Вып. 11. С. 1681—1686.

Пашенков С. З. Ипохондрические состояния. — М.: Медицина, 1958. 179 с.

Пашенков С. З. Комплексное лечение больных с ипохондрическим развитием личности//Вопр. психотерапии. М., 1972. Вып. 3. С. 104—107.

Первомайский В. Я. О нозологической сущности ипохондрии//Вопр. клиники, патофизиологии, лечения психических заболеваний. Лучанск, 1964. С. 12—21.

Перистов И. В. К вопросу о месте и значении астено-ипохондрических состояний//Клиническая динамика, лечение нейрогенных соматических заболеваний. Пермь, 1981. С. 173—174.

Погибко Н. И., Телешевская М. Э. Патологический климакс и обусловленные им психические расстройства//Материалы 5-го съезда невропатол. и психиатр. УССР. Киев: Здоров'я, 1973. С. 326—327.

Подкорытов В. С. Причина и условия развития затяжных неврозов//Журн. невропатологии и психиатрии. 1984. Вып. 11. С. 1670—1674.

Приленский Ю. Ф. Ранняя диагностика нервно-психических расстройств у больных непсихиатрических лечебных учреждений//Вопр. ранней диагностики психических заболеваний. М., 1977. С. 206—207.

Пуцай С. А. Некоторые особенности патогенеза климактерического синдрома//Псих. заболевания пожилого возраста. Киев: Здоров'я, 1981. С. 87—97.

Ротштейн Г. А. Очерк истории развития клиники ипохондрии//Проблемы шизофрении. М., 1962. С. 217—237.

Рохлин Л. Л. С. С. Корсаков и учение об ипохондрии//Вопр. психиатрии и невропатологии. Л., 1962. Вып. 8. С. 397—405.

Рохлин Л. Л. К дифференциации ипохондрических состояний//Вопр. психопатологии и психотерапии. М., 1963. С. 65—79.

Саркисов С. А. Преморбидные особенности и начальный этап ипохондрического развития личности//Вопр. клиники и современной терапии психических заболеваний. М., 1971. С. 545—547.

Сегаль Ю. Е. Патологическая структура раннего ипохондрического синдрома//Проблемы констриктивной патологии. М., 1949. С. 21—25.

Семенова-Тян-Шанская Н. В. К вопросу об ипохондрических синдромах при неврозах и пограничных состояниях//Вопр. психиатрии и невропатологии: Сб. тр. Ленингр. научного общества невропатологов и психиатров. — Л.: Медицина, 1976. С. 346—354.

Семенова-Тян-Шанская Н. В., Коновачук Н. В. Психотерапия ипохондрических состояний при неврозах//Проблемы медицинской психологии. Л., 1976. С. 288—289.

Семенова-Тян-Шанская Н. В. Клинические особенности ипохондрических состояний в начальной стадии различных психических заболеваний//IV Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. М., 1989. Т. 1. С. 337—339.

Семке В. Я. Соматогенно обусловленные декомпенсации у психопатов в позднем возрасте//Актуальные проблемы современной медицины. Материалы научно-практической конференции врачей, посвященной 100-летию со дня рождения В. И. Ленина. Барнаул, 1970. С. 227—229.

Семке В. Я., Смирнова В. А. К оценке ипохондрических реакций и развитий в позднем возрасте//Вопр. клин.-экспериментальной психиатрии и невропатологии. Барнаул, 1974. С. 21—24.

Семке В. Я. Клинико-динамический и терапевтический аспекты пограничных состояний//Актуальные вопросы психиатрии. Томск, 1983. Вып. 1. С. 153—155.

Семке В. Я. Истериические состояния. М.: Медицина, 1988. 220 с.

Сербский В. П. Психиатрия. Руководство к изучению душевных болезней. 2-е изд. М., 1912. 654 с.

Скворцов К. А. Трудности клинического разграничения ипохондрических состояний//Журн. невропатологии и психиатрии. 1961. Вып. 8. С. 1193—1198.

Скворцов К. А. Сенестопатический синдром, имитирующий сердечно-сосудистые заболевания//Сердечно-сосуд. заболевания и обмен веществ. М.: Наука, 1964. С. 25—28.

Скворцов К. А. Мнимая болезнь (ипохондрия)//Клиническая медицина. 1964. Вып. 9. С. 127—129.

Слуцкина П. И. К вопросу о лечении ипохондрических состояний антидепрессантами//Антидепрессанты и лечение депрессивных состояний/Тр. научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. Л., 1966. Т. 34. С. 33—35.

Смулевич А. В., Гиндикин В. Я., Аведисова А. С. Соматизированные психические расстройства в течении психических заболеваний и пограничных состояний. Некоторые аспекты психопатологии, клинической типологии (обзор зарубежной литературы)//Журн. невропатологии и психиатрии. 1984. Вып. 8. С. 1233—1245.

Смулевич А. В., Гиндикин В. Я., Аведисова А. С. Соматизированные психические расстройства в течении психических заболеваний и пограничных состояний. Некоторые аспекты клинической систематики, организации медицинской помощи и терапии (обзор зарубежной литературы)//Журн. невропатологии и психиатрии. 1984. Вып. 11. С. 1722—1730.

Соцевич Г. Н. Ипохондрические проявления при стертых формах эндогенно-психических заболеваний//Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях/Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1979. С. 110—115.

Судаков В. Н. Типы и варианты патологического развития личности экзогенно-органического генеза//Актуальные вопросы психиатрии. Томск, 1985. Вып. 2. С. 117—118.

Судаков В. Н. Ранняя диагностика, клиническая динамика и психопрофилактика патологического развития личности в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. П., 1989. 29 с.

Сухоруков В. И. Лечение ипохондрических состояний невротического генеза комплексным психотерапевтическим воздействием — массаж в гипнозе//Вопр. психиатрии и психотерапии. Тамбов, 1977. С. 348—350.

Телешевская М. Э. Наркопсихотерапия при неврозах. Л.: Медицина, 1969. 165 с.

Тибилова А. У., Мельник Е. М. Соотношение биологических, личностно-психологических и социальных факторов в возникновении сосудистых нервно-психических расстройств//Тр. Ленингр. научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. Л., 1976. Вып. 79. С. 12—24.

Тиганов А. С., Хохлов Л. К. Вопросы систематики психических расстройств экзогенного и экзогенно-органического характера//Журн. невропатологии и психиатрии. 1984. Вып. 2. С. 222.

Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986. 382 с.

Трифонов Б. А. Основные вопросы патоморфоза соматогенных психических заболеваний//Клиника и механизмы патоморфоза соматогенных психических заболеваний. Свердловск, 1978. С. 5—24.

Трифонов Б. А. Трансформация нервно-психических расстройств при соматических болезнях//Тр. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1979. С. 132—133.

Урсова Л. Г. О роли интероцептивной импульсации в происхождении ипохондрических состояний в свете данных терапии//Клинико-эпидемиологические вопросы психиатрии. М., 1982. С. 51—54.

Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1987. 304 с.

Фелинская Н. И., Иммерман К. Л. О психогенном развитии личности//Практика судебно-психиатрической экспертизы. М., 1961. Вып. 4. С. 3—9.

Хайрулина Д. А. Типология ипохондрических состояний при экзогенно-органических заболеваниях//Здравоохр. Казахстана. 1979. № 4. С. 14—17.

Хвиливицкий Т. Я. Скрытые депрессии в клинике маниакально-депрессивного психоза//Депрессии и их лечение. Л., 1973. С. 18—32.

Целибеев Б. А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. М.: Медицина, 1972. 279 с.

Шашкова Н. Г., Аванесова Т. С. Некоторые аспекты патогенеза и терапии истерического невроза и истерического невротического развития личности//Журн. невропатологии и психиатрии. 1983. Вып. 11. С. 1670—1676.

Щербина Е. А., Зборщик В. Е. О структуре ипохондрического синдрома. Донецк, 1984. 7 с. Деп. во ВНИИМИ МЗ СССР. № 8092-84.

Эглитис И. Р. Сенестопатии. Рига: Зинатне, 1977. 183 с.

Яцков Л. П. Клиническая структура нервно-психических нарушений в отдаленном периоде церебрально-органических заболеваний//Журн. невропатологии и психиатрии. 1983. Вып. 11. С. 1699—1702.

Beaber R. J., Rodney W., Mac M. Underdiagnosis of hypochondriasis in family practice//Psychosomatics. 1984. V. 25. N. 1. P. 36—46.

Binder H. Стойкие психопатологические состояния, патологические реакции и развития//Клиническая психиатрия. М.: Медгиз, 1967. С. 143—165.

Brachet I. L. Traité complet de l'hypochondrie. Paris—Lyon, 1844. P. 261—265.

Colombel I. Aspects cliniques et thérapeutiques des cénestopathies. These. Toulouse, 1964.

Dupré E. Pathologie de l'imagination et de l'emotivité. Shap. IV. Les cénestopathies. Paris: Payot, 1925. P. 291—304.

Dupré E., Camus P. Les cénestopathies//Encephale. 1907. N. 2. P. 616—631.

Ey H. Hypochondrie//Etudes psychiatriques. Paris: Declès de Brouwer, 1950. V. 2. P. 453—482.

Feldmann H. Symptomwahrnehmung und Überbewertung bei der Hypochondrie//Arch. Psychiatr. Nervenkrank. 1977. Bd. 224. N. 3. S. 235—245.

Freyberger H., Leutner V. Pharmacotherapie bei psychovegetativen Störungen//Med. Welt. 1974. Bd. 25, N. 8. S. 313—316.

Gilberti F. Hypochondrie et Depression endogene//Evolut. psychiatr. 1965. V. 30. P. 97—110.

Gillespie R. D. Discussion on hypochondrie//Proc. Roy. Soc. Med. 1928. V. 22, N. 1. P. 165—166.

Clatzel I. Larvierte Depressionen//Psychiatr. clin. (Basel) 1973. V. 6, N. 1. P. 53—56.

Griesinger W. Душевные болезни. Для врачей и учащихся. СПб, 1887. 546 с.

Hallen O. Über circumscriphte Hypochondrien//Nervenarzt. 1970. Bd. 41, N. 5. S. 215—220.

Harl I. M. Hypochondrie//Encephale. 1958. V. 47, N. 1. P. 19—26.

Jahrreiss W. Das hypochondrische Denken//Arch. Psychiatr. Nervenkrank. 1930. Bd. 92, N. 1. S. 686—823.

Janzarik W. Die hypochondrischen Inhalte der cyclothymen Depression in ihren Beziehungen zum Krankheitsstyp und zur Persönlichkeit//Arch. Psychiatr. Nervenkrank. 1957. Bd. 195. S. 351—372.

Karlins W. Physical symptoms as equivalents of the depressive disease//The Psychiatric Quarterly. 1957. V. 31. P. 485.

Katzenelbogen S. Hypochondriacal complaints with special reference to personality and environment//Amer. J. Psychiatry. 1942. V. 98, N. 6. P. 815—822.

Kehrer H. E. Zur «Anatomie» hypochondrischer Zustände//Arch. Psychiatr. Nervenkrank. 1953. Bd. 190. S. 449—460.

Kenyon F. E. Hypochondriasis: A clinical study//Brit. J. Psychiatry. 1964. V. 110. P. 478—488.

Kenyon F. E. Hypochondriasis: A survey of some historical, clinical and social aspects//Brit. J. Med. Psychiatry. 1965. V. 38. P. 117—133.

Leonhard K. Individualtherapie des Neurosen. — Berlin: Veb Georg Thieme, 1981. S. 113—144. S. 201—203.

Lopes-Ibor. Masked depressions//Brit. J. Psychiatry. 1972. V. 120, N. 556. P. 245—258.

Monson R. A., Smith G. R. Somatization disorder in primary care//New. Engl. J. Med. 1983. V. 908, N. 24. P. 1464—1465.

Petrowitsch H. Zur Psychopathologie und Klinik der Entfremdungsdepression//Arch. Psychiatr., Nervenkrank. 1956. Bd. 194. S. 289—301.

Пуэнеску-Подяну А. Трудные больные. Неопределенно выраженные, труднообъяснимые страдания. Бухарест, 1976.

Pilowsky Y. Primary and secondary hypochondriasis//Acta psychiatr. scand. 1970. V. 46, N. 3. P. 273—285.

Richter K. Über die Entstehung von Entfremdungserscheinungen bei der hypochondrischen Depression//Psychiatr. Neurolog. Med. Psychol. 1968. Bd. 20, N. 5. S. 181.

Sattes H. Die hypochondrische Depression. Untersuchungen über eine palare Struktur des endogenen Depression. Halle, 1955. S. 825.

Schulze E. Persönlichkeitsstruktur bei der hypochondrischen Depression//Psychiatr., Neurolog., Med. Psychol. 1968. V. 20, N. 5. S. 176—181.

Sicco A. Hypochondrie und hypochondrische Erscheinungen//
 J. das Neuro-psychiatr., panamer. 1939, N. 1. P 243—302.
 Weitbrecht H. I. Über Hypochondrie//Deutsch. med. Wschr.
 1951. Bd. 76. S. 312—315.
 Wichmann B. Autonome Hypochondria//Allgem. Zeitschr. f.
 Phychiatrie. 1932. Bd. 97. S. 293—340.
 Witrh I. F., Cordior B. Savoir reconnaitre une hypochon-
 drie//Rev. Med. 1981. V. 22, N. 6. P. 329—332.

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|-----|
| Предисловие | 3 |
| Введение | 5 |
| Глава I. Современное состояние проблемы ипохондрических состояний. Вопросы этиопатогенеза, систематики и типологии ипохондрических расстройств | 9 |
| Глава II. Структурно-динамический анализ ипохондрических расстройств в рамках патологического развития личности на отдаленном этапе травматического поражения головного мозга | 32 |
| Глава III. Клиническая динамика неспихотических ипохондрических нарушений психогенного происхождения | 64 |
| Глава IV. Клиническая динамика ипохондрических состояний соматогенного происхождения | 79 |
| Глава V. Ипохондрические состояния в динамике эндогенных психозов | 99 |
| Глава VI. Принципы и методы ранней реабилитации больных с ипохондрическими расстройствами различного генеза | 118 |
| Заключение | 154 |
| Литература | 159 |

Сдано в набор 03.09.90 г. Подписано к печати 19.07.91 г.
 Формат 84×108¹/₃₂. Бумага типографская № 2. Литературная
 гарнитура. Высокая печать. Печ. л. 5,25. Усл. печ. л. 8,82.
 Уч.-изд. л. 9,55. Тираж 1000 экз. Заказ 4046. Цена 1 р. 90 к.

Издательство ТГУ, 634029, Томск, ул. Никитина, 4.
 Типография издательства «Красное знамя»,
 634050, ГСП, Томск, пр. Фрунзе, 103.