

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНО**

На правах рукописи

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

КАРИМОВА САОДАТ ШАРИФ КИЗИ

Для получения магистерской академической степени

диссертация

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНКСИОЛИТИКОВ У
БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

5А510111– «Психиатрия»

**Научный руководитель
кандидат медицинских наук,
доцент Кучкаров У.И.**

Бухара – 2021г.

СОДЕРЖАНИЕ	
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	3
ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	11
1.1 Клинико-социальные особенности и психопатологическая разнонаправленность невротических расстройств.....	11
1.2 Особенности клиники и качества жизни больных с невротическими расстройствами.....	20
1.3 Современные методы диагностики и лечения невротических расстройств.....	29
ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	36
2.1 Материалы исследования.....	36
2.2 Методы исследования больных с невротическими расстройствами.....	38
	55
ГЛАВА III.	
РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	55
3.1 Изучение особенности клиники и когнитивной функции больных с невротическими расстройствами.....	55
3.2 Оценка качества жизни больных с невротическими расстройствами.....	61
3.3 Современные методы больных с невротическими расстройствами.....	66
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	79
ВЫВОДЫ	88
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	89
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	90

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

DSM-III – диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам третьего пересмотра

DSM-IV – диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам четвертого пересмотра

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

БОПНД – Бухарский областной психо-неврологический диспансер

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

MFI-20 – Шкала оценки астении

ЕСНП – Европейская Коллегия по нейропсихофармакологии

ПА – Паническая атака

ГТР – Генерализованное тревожное расстройство

ТДС – Тревожно-депрессивный синдром

АНС – Астено-невротический синдром

НАМ-D – Шкала Гамильтона для оценки степени выраженности депрессии

ПАВ – психоактивные вещества

МОПЗ – Методика оценки психического здоровья.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность.

Проблема невротических расстройств уже давно привлекает внимание ученых и исследователей [8,9,10,11,18]. Это связано с уникальным статусом невроза как заболевания, в этиопатогенезе которого ведущая роль принадлежит психологическому фактору. Распространенность невротических нарушений, а также подверженность клинической картины, психологического содержания невротических конфликтов и психотравмирующих ситуаций влиянию социально-экономических условий, социальных и культуральных стереотипов и стандартов стимулирует изучение психологических аспектов невротических расстройств в конкретных общественно-исторических условиях [1,2,30,31,33,49].

Устойчивый интерес к изучению психологических особенностей больных с невротическими расстройствами обусловлен также задачами их позитивной диагностики, основанной на выявлении психогенной природы заболевания - содержательной связи между ситуацией, личностью и болезнью [30,31,33]. Необходимость понимания роли личностных особенностей в трансформации обычной сложной жизненной ситуации в субъективно неразрешимую, приводящую к развитию клинически оформленных невротических расстройств, требует исследования самого широкого спектра личностных характеристик. Однако несмотря на то, что психологические исследования в клинике невротических расстройств охватывают широкий круг психологических феноменов [14,26,27, 70,71], традиционно внимание уделяется переменным, концентрирующимся вокруг таких взаимосвязанных характеристик как низкая самооценка, неудовлетворенность собой, неуверенность в себе, невротичность и т.п. [30,31,33]. Между тем, спектр личностных черт, приводящих к развитию невротических расстройств, гораздо шире. Важными также являются степень выраженности личностных дисфункций и их взаимосвязи с клинически оформленными невротическими расстройствами.

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства приобретают всё большую актуальность в связи с тем, что они продолжают оставаться одной из главных причин заболеваемости населения в большинстве стран мира. Они определяются сохраняющейся тенденцией к хроническому течению [58,59], высокой и постоянно увеличивающейся частотой [8,9,10,11], несмотря на их принципиальную обратимость. Острые и хронические стрессовые воздействия оказывают неблагоприятное влияние и приводят к чрезмерному напряжению или срыву индивидуальных защитно-адаптационных механизмов. Чаще всего в качестве неблагоприятных средовых факторов выступают острые и хронические психотравмирующие воздействия семейного характера [58,59].

В работах многих исследователей подчёркивалось что, семейный фактор оказывает значительное воздействие на формирование невротических расстройств [58,59,65]. Нестабильность семьи, дисгармоничное прохождение жизненных циклов порождает переживание неустойчивости, усиление тревожности, что приводит к дезадаптации и нарушениям здоровья [58,59]. Эти данные свидетельствуют о недостаточной эффективности превентивных мероприятий и методов лечения и указывает на необходимость поиска новых системных подходов для решения проблемы. В связи с этим возникли новые концепции «превентивной психиатрии» [58,59] «охраны психического здоровья здоровых» [21,23] делающие основной акцент на необходимости развития собственных ресурсов личности с целью адекватно реагировать на возникающие жизненные проблемы и конструктивно разрешать их, не переводя имеющиеся нарушения в ранг невротических. Многочисленные исследования выявляют связи между уровнем образования, социально-экономическим статусом, уровнем жизни и распространённостью невротических расстройств [73].

Одной из перспективных стратегий реабилитации является повышение качества жизни, сохранение и улучшение общественного и индивидуального психического здоровья [55,56,57]. Качество жизни является одним из

значимых критериев валеопсихологии, указывающих на полноту удовлетворения потребностей личности и адаптации в изменяющихся условиях макро- и микросоциума.

Проблема правильной диагностики и адекватной терапии невротических расстройств приобрела особое значение в последние годы. Это объясняется как широкой их распространенностью и аффилированностью с рядом неблагоприятных последствий медицинского и социального характера. В частности, наличие невротических расстройств значительно снижает качество жизни индивидуумов и, одновременно, обуславливает возникновение серьезных экономических проблем [49,50,69], частным проявлением чего является нарастание нетрудоспособности пациентов, удельный вес которых, по прогностическим расчетам, к 2020 году окажется вторым после удельного веса нетрудоспособности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В последние годы невротические расстройства приобрела особое значение. Это объясняется как широкой их распространенностью, так и неблагоприятными последствиями медицинского и социального характера. Невротические расстройства нарушают лишь определенные сферы психической деятельности, не сопровождаются психотическими явлениями и грубыми нарушениями поведения, но при этом могут существенно влиять на качество жизни.

Сказанное обуславливает необходимость исследования эффективности анксиолитиков при невротических расстройствах. Анализ методологии проведенных исследований показал, что работы выполнены на разнородных группах больных и имеют краткосрочный дизайн, модели их построения и способы интерпретации результатов при оценке терапии классическими и атипичными нейрорептиками носят противоречивый характер. В результате различные исследования часто с трудом сопоставимы между собой.

По данным различных авторов распространенность невротических расстройств среди взрослого населения в среднем составляет от 66 до 80%,

риск развития невротических расстройств в течение жизни колеблется от 76,2% до 87%. Прогнозируется дальнейший рост невротических расстройств.

В результате клинико-эпидемиологических исследований последних лет существенно изменилось представление о соотношении тяжелых психотических форм невротических расстройств и менее выраженных невротических депрессивных расстройств. Европейская Коллегия по нейропсихофармакологии (ECNP, 2005) выявила, что в странах Европы диагностируются преимущественно расстройства психотического регистра, тяжелые депрессии и сочетанные заболевания. Остальные случаи, как правило, остаются нераспознанными, и лечение впервые назначается уже по прошествии многих лет, а то и десятилетий, в течение которых существует то или иное психическое нарушение.

Каждый год две трети психических расстройств остаются без лечения, и только каждый четвертый пациент получает минимальную врачебную помощь, например, короткую беседу с врачом общего профиля. В последние годы предлагаются новые подходы к систематике и лечению подобных нарушений, которые, являясь наиболее частыми, универсальными и неспецифическими, требуют от врача тонкого психопатологического разграничения, в том числе проникновения в их феноменологическую сущность.

Анксиолитики (преимущественно производные бензодиазепаина) наиболее широко применяют для купирования состояний, сопряженных с острой тревогой, ПА, а также ГТР. В последние десятилетия приоритет отдается высокопотенциальным производным бензодиазепаина (клоназепам, лоразепам, алпразолам).

Психопатологическая разнонаправленность невротических расстройств, составляющих астении, адинамии, фобий, нарушение сна, субдепрессия, дисфорические расстройства и тревожность, ограничивает использование лекарственных методов терапии. Однако детальное рассмотрение психофармакологических подходов при невротических

расстройствах имеется лишь в единичных работах [43,44], что делает необходимым уточнение эффективности использования лекарственных препаратов при них.

Исходя из вышеуказанных данных наша задача комплексное обследование больных с невротическими расстройствами и оценить качества жизни больных.

Объект исследования: Работа выполнено в Бухарском областном психоневрологическом диспансере в период с 2018 до 2021 г.г. Клиническая систематика изучаемых состояний проводилась в соответствии с МКБ10 и рассматривалась в рубрике F4 «Невротические расстройства и соматоформные расстройства, связанные со стрессом». Для решения задач проведено комплексное обследование у 84 больных с невротическими расстройствами. Больные основной группы (60) разделены на 2 группы: 30 больные с диагнозом Неврозы, 30 больные с Шизотипическими расстройствами неврозоподобной симптоматикой: принимали Золомакс. Контрольная группа (24) принимали Сибазон.

Цель исследования: Оценка эффективности и безопасности анксиолитиков у больных с невротическими расстройствами.

Задачи исследования:

1. Описание особенностей клинических проявлений невротических расстройств и оценка когнитивных функций.
2. Определить степень невротических расстройств у исследованных больных.
3. Провести сравнительный анализ эффективности лечения больных с невротическими расстройствами при использовании Золомакса и Сибазона.

Основные проблемы и гипотезы исследования. Согласно проведенному анализу литературных данных, были определены основные направления работы, нашедшие отражение в поставленных задачах исследования. Так, предполагалось установить, на каком возрасте чаще всего формируется невротические расстройства и каковы факторы,

способствующие более раннему ее началу. Важным представлялось выявить возможные особенности формирования невротических расстройств при отсутствии у пациентов коморбидные патологии. Также большой акцент при планировании данного исследования был сделан на социальный аспект проблемы – на выявление особенностей и трудностей социальной адаптации указанной когорты больных.

Краткий анализ имеющихся литературных источников по теме исследования. По теме данного исследования было проанализировано и изучено 74 литературных источников, большинство из них являются современными и отражают состояние проблемы в последние два десятилетия.

Краткая характеристика использованных методов исследования. Применялись клинико-психопатологический, катамнестический, статистический методы исследования. С пациентами обеих групп неоднократно проводилась беседа по типу клинического интервьюирования для сбора субъективной и объективной информации о самом пациенте, течении основного заболевания и структуре и динамике расстройств.

В качестве основных методов исследования использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический методы. Клиническое исследование дополнялось данными клинических шкал (шкала качества жизни, шкала Гамильтона и MFI-20) и психологических опросников. При обработке данных применялись критерии (t-критерий) достоверности Стьюдента. Полученные результаты вносились в специально разработанную базисную карту. Корреляционный анализ осуществляли на основе расчёта коэффициента ранговой корреляции Спирмена. За достоверные принимались корреляционные связи при значениях коэффициента корреляции $r=0,5-1,0$ и при достоверности уровня различий $p<0,05$.

С целью оценки эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий использовалась «Шкала оценки эффективности терапии больных пограничными состояниями». Критериями эффективности

проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий была динамика клинических данных и характеристик психического здоровья (динамика показателей качества жизни и уровня тревоги по шкале Гамильтона).

Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel и STATISTICA 6. Достоверность различий количественных показателей определялась по t-критерию Стьюдента.

Теоретическая и практическая значимость. Полученные в ходе исследования данные позволяют оценить тяжесть и значимость невротоподобных расстройств, определить критерии профилактики и основные мишени реабилитационного воздействия на различных этапах формирования болезни, проводить целенаправленные мероприятия по усовершенствованию организации лечебного процесса.

Научная новизна. Впервые в Узбекистане на собранном клиническом материале установлена корреляция между течением невротические расстройства и когнитивные функции. Впервые установлены взаимосвязь между оценки КЖ и выраженность невротических расстройств. Выявлены факторы, обуславливающие развитие невротических расстройств. Изучено влияние невротических и когнитивных расстройств на КЖ пациентов.

Краткая характеристика содержания диссертации.

Структура и объем диссертации. Работа изложена на 104страницах, состоит из введения, 3 глав, заключения, списка литературы (74 наименований). Диссертация иллюстрирована 13 таблицами, 1 диаграммой.

ГЛАВА 1.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Клинико-социальные особенности и психопатологическая разнонаправленность невротических расстройств

Проведенные в последние годы клинико-эпидемиологические исследования выявили высокую распространенность пограничных психических расстройств, особенно невротических, а также сохраняющуюся тенденцию их роста [8,9,10,11,51,52,53].

Одновременно с этим отмечается нарастание числа больных с невротическими расстройствами, характеризующихся длительным течением, склонностью к формированию невротического развития личности [1,2,30,31,33,62]. Одной из определяющих причин широкой распространенности невротических расстройств является их социальная обусловленность [8,9,10,11] относит социальные влияния к этиологическим факторам невротических расстройств и считает, что они имеют больший удельный вес в их развитии, чем при других психических заболеваниях.

Расширение эпидемиологических исследований открывает перспективы в изучении невротических расстройств. Проводимые ранее клинико-эпидемиологические исследования не в полной мере отражали общую распространенность невротических расстройств, социально-демографические характеристики больных, так как их изучение проводилось в отдельных социальных группах населения исходя из специфики их профессиональной деятельности [23,24,67,68,69].

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства приобретают всё большую актуальность в связи с тем, что они продолжают оставаться одной из главных причин заболеваемости населения в большинстве стран мира. Они определяются сохраняющейся тенденцией к хроническому течению [58,59], высокой и постоянно увеличивающейся частотой [8,9,10,11], несмотря на их принципиальную обратимость. Острые и

хронические стрессовые воздействия оказывают неблагоприятное влияние и приводят к чрезмерному напряжению или срыву индивидуальных защитно-адаптационных механизмов. Чаще всего в качестве неблагоприятных средовых факторов выступают острые и хронические психотравмирующие воздействия семейного характера [21,22,58,59].

По данным экспертов ВОЗ, в странах Европы распространённость невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств составляет 61,4 на 1000 населения [15,17,19,67,68]. По официальным статистическим данным последних лет в различных регионах РФ общая заболеваемость невротическими расстройствами определяется 150 - 400 на 100 тыс. населения, а в 2009 году неврозами страдали 0,37% населения страны [63]. Вместе с тем, число не учтённых больных невротическими расстройствами, по мнению многих авторов, гораздо выше [8,9,10,58,59]. Несоответствие учтённых статистических данных результатам специальных эпидемиологических исследований определяется рядом факторов, среди которых высокий процент обращаемости больных невротическими расстройствами в общесоматические поликлиники, где они получают некорректную терапию на протяжении длительного времени [26,27].

Сложившаяся ситуация во многом определяется не вполне четкими дифференциально-диагностическими критериями исследуемых заболеваний, частыми сочетаниями тревожных и депрессивных состояний, вегетативных дисфункций при различных формах неврозов [36,37,38], что также влечет за собой проблемы их лечения. С позиций терапевтических подходов особенно актуальными являются фармакоэпидемиологические исследования, довольно широко распространенные в западных странах) и единичные в отечественной психиатрии. Фармакоэпидемиологических исследований для оценки терапии невротических расстройств до настоящего времени в нашей стране не проводилось.

Проблематика, связанная с выделением невротических расстройств (или неврозов) в особую группу психических заболеваний и установление

психопатологических границ, в рамках которых можно было бы говорить о неврозе, как определенной нозологической единице имеет продолжительную и достаточно сложную историю. Основными вопросами, которые решались в процессе формирования концепции неврозов были следующие. Являются ли психопатологические проявления, носящие невротический характер самостоятельной формой заболевания или они представляют собой лишь этап формирования других, более тяжелых форм процессуальной психической патологии, например, таких как шизофрения и органическое поражение головного мозга? Отсюда вытекал вопрос о физической или исключительно функциональной природе заболеваний рассматриваемой группы. Если рассматривать неврозы как функциональные расстройства, то каковы причины их возникновения: формируются ли они под воздействием исключительно внешних, психотравмирующих факторов или обуславливаются декомпенсацией индивидуально-типологических особенностей личности и какова степень влияния на возникновение заболевания «внешних» и «внутренних» факторов?

Прогресс неврологии и психиатрии, развитие учения о биологических основах высшей нервной деятельности, а также успехи общей медицины привели к значительному совершенствованию клинической диагностики. Это, в свою очередь, послужило причиной исключения из группы неврозов большинства соматических, нервных и психических заболеваний. Многочисленные исследования, относящиеся к началу XX в., позволили существенно приблизиться к современному пониманию неврозов, которые уже определяются как «функциональные, обратимые расстройства, не имеющие патологического морфологического субстрата» (Хорошко В.К., 1943). Предметом наиболее острых дискуссий применительно к неврозам в первой половине века являются вопросы, связанные с проблемой происхождения неврозов, которые в обобщенной форме можно свести к вопросу: «болезнь или реакция?». В 1924 г. О. Бумке предлагал рассматривать невротические расстройства исключительно как «...реакцию

человека или личности больного на различные вредные обстоятельства, ... считая, что никаких неврозов как особых болезней нет, а имеются только различные реакции организма» (цит. по Хорошко В.К., 1943). С данной точкой зрения были не согласны многие отечественные учёные. В частности Гиляровский В.А. (1934) считал, что ограничение понимания неврозов лишь как невротических реакций недопустимо. В работе «Узловые моменты в проблеме неврозов» он пишет: «Реакция - это общее психопатологическое понятие, тогда как о неврозах можно говорить как о вполне ясно очерченных клинических картинах. Просто к реакциям можно отнести состояния шока после испуга, кратковременные аффективные состояния, возникающие при соответствующей ситуации. Между тем при неврозе речь идет о более сложных структурах» (Гиляровский В.А., 1934). В той же работе Гиляровский В.А. указывает, что для формирования невроза «...кроме психической травмы необходимо еще наличие своеобразной структуры личности и ряда изменений в ней, первый толчок для которого дается психической травмой. Иными словами - здесь необходимо сочетание трех звеньев: травма, особый склад личности и особое ее развитие под влиянием травмы».

У больных отмечались чувство усталости, слабости в руках, во всем теле, сильная слабость ощущалась в ногах в конце рабочего дня, снижение активности в дневное время, проходящее после кратковременного отдыха, затруднение засыпания, чуткий поверхностный сон с пробуждениями, особенно на фоне перенапряжения на работе. Эти больные характеризовались повышенной работоспособностью, но у них отмечались снижение количественного объема запланированной работы и снижение концентрации внимания.

Известна систематика, отражающая характер психогении (невроз ожидания, страха, ятрогенный невроз, экзаменационный невроз, невроз лишения, неудачи и др.). Однако такое разделение невротических реакций не учитывает ни тяжести состояния, ни особенностей клинической картины и

имеет произвольное число рубрик, так как в связи с огромным разнообразием психических воздействий и травмирующих ситуаций число вариантов практически неограниченно.

В некоторых исследованиях систематика невротозов основывается на предположении о патогенетической зависимости клинической картины от возраста, в котором происходит манифестация заболевания, — невротозы детского возраста, школьный невротоз, пресенильная ипохондрия, инволюционная истерия, инволюционный и климактерический невротозы и др. Для невротозов детского возраста характерно преобладание страхов, соматовегетативных (энурез, привычная рвота) и двигательных расстройств (логоневротоз, тики, истерические параличи). Чем младше ребенок, тем однообразнее невротическая картина [61]. Для невротических состояний инволюционного возраста [64] характерно преобладание тревожно-депрессивной, истеро- ипохондрической и астенической симптоматики. Однако «возрастная» систематика невротозов не включает каких либо специфичных для детей или пожилых людей невротических психогенных реакций. Такой подход отражает лишь возрастную модификацию общих для всех периодов жизни невротических проявлений.

Начиная с 30-х годов XX века широкое распространение получила типологическая дифференциация невротических реакций по их длительности — на кратковременные и затяжные. Кратковременные (ситуационные — по П. Б. Ганнушкину, 1933; невротические - по Г. К. Ушакову, 1987; психореактивные — по D. Langen, 1969) реакции непродолжительны, их проявления быстро редуцируются и восстанавливается предшествовавшее реакции психическое состояние, хотя невротические реакции могут повторяться. В некоторых исследованиях затяжные невротические реакции определяются как ситуационные развития [Jaspers K., 1923], развития с выявлением obsessions [Ганнушкин П. Б., 1933], невротические развития, конфликтные развития. П. Б. Ганнушкин указывал, что принципиальной разницы между реакциями и развитиями нет, так как развитие в

действительности слагается из ряда реакций, постепенно фиксирующих соответствующие клинические явления. Г.К.Ушаков (1987) выделяет преходящие и пролонгированные развития, представляющие собой два последовательных этапа в утяжелении невротических проявлений. Преходящие развития, по Г. К. Ушакову, - это неврозы, при которых еще возможна редукция симптоматики. Такая динамика наиболее типична для неврозов. Пролонгированные развития - состояния необратимые, приводящие к выраженной дисгармонии личности или неврозу характера.

Многие авторы идентифицируют понятие «невроз» с невротическими развитиями на том основании, что неврозам свойственны затяжное течение и частые рецидивы. Закономерности динамики затяжных невротических состояний и их исходы изучены еще недостаточно и нуждаются в уточнении. В этом отношении представляют интерес данные К. Ernst (1965), который различает следующие типы развития неврозов: фазный, волнообразный, однородный.

В работах последних лет наметилась тенденция к дальнейшей дифференциации типов течения невротических расстройств. Так, И.И.Сергеев (1997) при анализе динамики тревожно-фобических расстройств выделяет следующие варианты: пароксизмальный, рецидивирующий, непрерывно-приступообразный, непрерывно-поступательный, стационарный.

На современном уровне знаний широкое распространение получила синдромальная классификация неврозов, которая нашла отражение в МКБ-10. В этой классификации расстройства, рассматривавшийся ранее в рамках неврозов, расположены главным образом в рубриках F40 — F42 (паническое расстройство, агорафобия, социальная фобия; специфические, изолированные фобии; генерализованное тревожное расстройство, навязчивые мысли, компульсивные действия, деперсонализационно-дереализационный синдром и др.), но представлены также в разделах F44 — диссоциативные (конверсионные) расстройства, F45.2 — нозофобии и F48 — неврастения. Однако дифференциация невротических синдромов сопряжена с некоторыми

трудностями, среди которых — высокий уровень коморбидности, наблюдающейся в ряду тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств. Так, при обсессивно-компульсивных расстройствах наблюдается коморбидность с фобиями почти в половине случаев (46,5 %), а также с паническими атаками (13,8 %) [69]. Более чем у 50 % лиц, страдающих социальными фобиями, отмечается еще одно тревожное расстройство (агорафобия, простая фобия). Признаки навязчивости обычно свойственны большинству невротических проявлений: тревожным опасениям, неопределенным страхам, предчувствиям, отдельным фобиям. Круг этих нарушений достаточно широк. Так, по данным E. Hollander и соавт., болезненные проявления, составляющие спектр обсессивно-компульсивных расстройств, включают соматизированные, ипохондрические, диссоциативные, деперсонализационные нарушения, личностные расстройства, расстройства, связанные со злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами, нервную анорексию, булимию и др.

При большинстве невротических состояний весьма велика возможность возникновения аффективных расстройств; так, для панических атак вероятность сочетания с депрессиями колеблется в пределах 30—70 % [48]. На определенных этапах затяжных невротических реакций в их клинической картине могут преобладать аффективные расстройства. В некоторых случаях депрессии предшествуют дебюту тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств [52,53].

В работах зарубежных авторов используется следующая систематика невротических расстройств: тревожно-фобические (включая обсессивно-компульсивные) расстройства; истерические (преимущественно конверсионные) расстройства; неврастения. Такое деление невротических синдромов основано на современных подходах, но учитывает и традиционные для отечественной психиатрии классификации. В рамках последних выделяются наиболее стойкие психопатологические образования,

надолго определяющие картину невротических расстройств — невроз навязчивостей (включающий симптомокомплексы тревожно-фобического ряда), истерический невроз, неврастения [25].

По данным авторов отмечено, что у большинства больных с невротическими расстройствами в других этнических группах количество родственников было незначительным, близкородственные отношения поддерживались мало или не поддерживались вообще.

Авторы указывали влияние этнокультуральных факторов на распространённости невротических расстройств, типы течения и, в определённой степени, на их исход.

Большинство авторов [26,27,28,32,33] выделяли различные формы данных расстройств в зависимости от преобладающих синдромов. В то же время установлено, что клиническая картина данного заболевания часто представлена сложным симптомокомплексом, включающим в себя обсессивные, фобические, астенические, ипохондрические, конверсионные, деперсонализационно-дереализационные, аффективные расстройства. Данное обстоятельство иногда затрудняет диагностику и лечение данных расстройств.

Давыдовский И.В. (1962), объясняя механизмы формирования неврозов, писал, что «ключ к пониманию неврозов лежит, по-видимому, в широкой и индивидуально изменчивой приспособительной деятельности нервной системы».

Вместе с тем недостаточно разработанными остаются популяционные исследования невротических расстройств с оценкой их распространённости, социально-демографических, этнокультуральных, клинических показателей, в сопоставлении с данными общей популяции населения [43,44,45].

Как отмечают авторы, в возникновении невротических расстройств у больных и их прогнозе важная роль принадлежит социальным условиям общества, этнокультуральным и демографическим особенностям населения.

Изучение невротических расстройств в популяции населения способствовал оптимизации региональной системы психиатрической помощи больным с невротическими расстройствами. Они имеют и общее значение для определения значимых факторов в возникновении и особенностей динамики заболевания. Из числа невротических расстройств чаще других у них были диагностированы: расстройства адаптации, тревожно-фобические проявления. Реже встречались диссоциативные расстройства, неврастения и обсессивно-компульсивные расстройства.

Для них характерны существенные изменения поведения, не выходящие, однако, за рамки социально принятых норм, отсутствие признаков дезорганизации личности. Основные проявления включают высокую тревожность, истерические симптомы, фобии, обсессивные и компульсивные симптомы, депрессию [18,20,49]

Анализируя литературы мы пришли к такому выводу что, клинико-социальные особенности и психопатологическая разнонаправленность невротических расстройств на сегодняшний день является актуальной и продолжающийся проблемой.

1.2. Особенности клиники и качества жизни больных с невротическими расстройствами.

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства приобретают всё большую актуальность в связи с тем, что они продолжают оставаться одной из главных причин заболеваемости населения в большинстве стран мира. Проблема изучения динамики пограничных, прежде всего, невротических расстройств, имеет исключительно важное научное и практическое значение в современной психиатрической науке. Признание большинством авторов [8,10,11,58,59,67,68] доминирования пограничных психических расстройств в общей структуре психической патологии, обуславливает необходимость постоянного совершенствования вопросов диагностики, терапии и профилактики невротических нарушений. Исключительное значение в этой связи приобретают эпидемиологические исследования, результаты которых позволяют выявить достоверность распространенности тех или иных психических заболеваний, а также выявить факторы, оказывающие влияние на возникновение и развитие расстройств. Кроме того, с помощью эпидемиологических исследований, можно оценить эффективность применяемых методов терапии и профилактики заболеваний [64].

Устойчивый интерес к изучению психологических особенностей больных с невротическими расстройствами обусловлен также задачами их позитивной диагностики, основанной на выявлении психогенной природы заболевания – содержательной связи между ситуацией, личностью и болезнью [30,31]. Необходимость понимания роли личностных особенностей в трансформации обычной сложной жизненной ситуации в субъективно неразрешимую, приводящую к развитию клинически оформленных невротических расстройств, требует исследования самого широкого спектра личностных характеристик. Однако несмотря на то, что психологические исследования в клинике невротических расстройств охватывают широкий

круг психологических феноменов, традиционно внимание уделяется переменным, концентрирующимся вокруг таких взаимосвязанных характеристик как низкая самооценка, неудовлетворенность собой, неуверенность в себе, невротичность и т.п. [30,31]. Между тем, спектр личностных черт, приводящих к развитию невротических расстройств, гораздо шире. Важными также являются степень выраженности личностных дисфункций и их взаимосвязи с клинически оформленными невротическими расстройствами.

Невротические расстройства определяются сохраняющейся тенденцией к хроническому течению [58,59], высокой и постоянно увеличивающейся частотой [8,9,10,11], несмотря на их принципиальную обратимость. Острые и хронические стрессовые воздействия оказывают неблагоприятное влияние и приводят к чрезмерному напряжению или срыву индивидуальных защитно-адаптационных механизмов. Чаще всего в качестве неблагоприятных средовых факторов выступают острые и хронические психотравмирующие воздействия семейного характера [58,59].

Семейный фактор оказывает значительное воздействие на формирование невротических расстройств, что подчеркивалось в работах многих исследователей [34,58,59,65]. Нестабильность семьи, дисгармоничное прохождение жизненных циклов порождает переживание неустойчивости, усиление тревожности, что приводит к дезадаптации и нарушениям здоровья [58,59]. Это свидетельствует о недостаточной эффективности превентивных мероприятий и методов лечения и указывает на необходимость поиска новых системных подходов для решения данной проблемы. В связи с этим возникли новые концепции «превентивной психиатрии», «охраны психического здоровья здоровых», делающие основной акцент на необходимости развития собственных ресурсов личности с целью адекватно реагировать на возникающие жизненные проблемы и конструктивно разрешать их, не переводя имеющиеся нарушения в ранг невротических.

Авторам изучены клиническая структура и динамика преневротических состояний и невротических расстройств. Выделены клинические симптомы, характеризующие начальные проявления формирования невротических расстройств. Оценена взаимосвязь клинического процесса, уровня тревоги, показателей качества жизни, психологических защит и копинг стратегий в формировании невротических расстройств через становление преневротических состояний. В ходе исследования получены приоритетные данные об основных семейных факторах, оценена их роль в пато и саногенезе невротических расстройств. Многочисленные исследования выявляют связи между уровнем образования, социально экономическим статусом, уровнем жизни и распространённостью невротических расстройств. Одной из перспективных стратегий реабилитации является повышение качества жизни и, следовательно, сохранение и улучшение общественного и индивидуального психического здоровья [58,59]. Качество жизни является одним из значимых критериев валеопсихологии, указывающих на полноту удовлетворения потребностей личности и адаптации в изменяющихся условиях макро и микросоциума.

Невротические расстройства проявлялись симптомами общей слабости, эмоциональной или вегетативной лабильностью, повышенной утомляемостью. Данный симптомокомплекс характеризовался полиморфизмом, рудиментарностью и обратимостью данных расстройств. В процессе клинико-динамического исследования было установлено, что, несмотря на изменчивость структуры и синдромальную незавершенность, психодезадаптационные нарушения у каждого человека из числа обследованных состояли преимущественно их однотипных симптомов, которые отражали характер взаимодействия внешних факторов риска и личностно-типологических особенностей индивида. В структуре преневротических состояний преимущественно – в 45,0 % случаев фиксировался астенический вариант. При астеническом варианте психодезадаптационных нарушений выделяют два его подтипа: с

преобладанием психоэмоционального и интеллектуального напряжения и с превалированием психической слабости. Установлено, что при первом подтипе отмечались чувство усталости, слабости в руках, во всем теле, сильная слабость ощущалась в ногах в конце рабочего дня, снижение активности в дневное время, проходящее после кратковременного отдыха, затруднение засыпания, чуткий поверхностный сон с пробуждениями, особенно на фоне перенапряжения на работе. Лица данного подтипа характеризовались повышенной работоспособностью, однако на этом фоне отмечались снижение количественного объема запланированной работы и снижение концентрации внимания. При втором подтипе фасадными являлись симптомы снижения психической продуктивности – трудность концентрации внимания, некоторое ухудшение памяти, затруднение обработки информации на фоне слабости, утомляемости. Частым симптомами у контингента обследованных пациентов были затруднения в пробуждении по утрам, раздражительность, плаксивость, обидчивость, повышенная чувствительность к громким звукам, шуму, яркому свету. На уровне психодезадаптационных нарушений при астеническом варианте отмечались появление цефалгий и усиление тяжести агрипнического синдрома.

Лица с соматовегетативным вариантом нарушений в системе психической адаптации составили 32,0 % в структуре предболезни (или 15,0 % от всего числа обследованных). При соматовегетативном варианте психоадаптационных – психодезадаптационных нарушений выявлялись симптомы вегетативной лабильности (потливость, колебания артериального давления, преходящие сердцебиения, слабость, неприятные ощущения в области эпигастрия); реже встречались кратковременные головные боли, ощущения тяжести. Подобные явления носили преходящий характер, нередко сопровождалось чувством тревоги, лабильностью настроения. Совокупность вегетативных отклонений в основном была представлена кардиоваскулярными, цефалгическими, терморегуляционными, диссомническими симптомами, характеризующимися фрагментарностью,

лабильностью, что не позволяет расценивать их как оформленные вегетативные кризы. Эмоциональные проявления в рамках этого варианта дезадаптации представлены гиперстеническими, гипотимическими и тревожно-фобическими реакциями, возникающими параллельно с вегетативными дисфункциями. Кроме того, в группе обследованных были отмечены нарушения социальнотрудовой адаптации – стремление к отказу от дополнительных нагрузок и ограничение обязательных функций до минимума.

Лица с дистимическим вариантом нарушений составили 23,0 % в общей структуре преневротических состояний (или 10,8 % от числа всех обследованных). Психодезадаптационные нарушения характеризовались появлением в клинической картине симптомов тревожного и аффективного спектра: отмечалось чувство внутреннего напряжения, неопределенной тревоги, психологического дискомфорта, пессимистической оценки будущего. У одних пациентов наблюдалась гипертимная окраска настроения, сопровождающаяся внешней гиперреактивностью, оживлением психомоторной сферы; у других – снижение эмоционального фона, безынициативность, утрата интереса к ранее актуальным проблемам, избегание принятия решений по устранению конфликтов, самоограничение. Характерно, что преобладали эмоциональная неустойчивость, раздражительность с повышенной истощаемостью, легкое возникновение дисфорических вспышек с недовольством, озлобленностью. Дистимические реакции в ряде случаев способствовали изменению фона настроения; длились от нескольких часов до 1—2 суток, иногда сопровождались признаками физической и психической слабости, вегетативными реакциями, характерно было появление психической гиперестезии к ранее малозначимым стрессовым воздействиям, снижение порога чувствительности к интерперсональным конфликтам.

У лиц с преневротическими состояниями отмечались отсутствие целостной клинической симптоматики невротического спектра,

однотипность симптомов, не достигавших степени выраженности, достаточной для постановки диагноза. Часто наблюдались реакции по типу моносимптома. Социальная и семейная дезадаптация разной степени выявлялась у всех обследованных лиц. При проведении лечения и реабилитационной программы наблюдалась быстрая и полная обратимость нарушений.

Из числа невротических расстройств были диагностированы: расстройства адаптации и тревожно-фобические проявления. Реже встречались диссоциативные расстройства, неврастения и обсессивно-компульсивные расстройства. У лиц с данной патологией в анамнезе, как правило, фиксировались родовые травмы, родоразрешение через кесарево сечение, частые простудные заболевания в детском возрасте, плохая адаптация в детских дошкольных учреждениях и школах.

Пациенты с тревожно-фобическими расстройствами (F40) представляли собой разнородную группу, общим в клинической картине которых было наличие конкретного страха, возникающего в определённой ситуации или по поводу определённого объекта.

Пациенты с диссоциативными расстройствами (F44) отличались завышенной самооценкой, эгоистичностью и эгоцентричностью, низкой степенью решительности и целенаправленности, значительной степенью внушаемости и самовнушаемости. При анализе анамнестических данных выявлялись обстановка вседозволенности, неоправданное подчёркивание существующих и воображаемых достоинств, положительных качеств, фиксировалось ослабление способности тормозить свои желания, противоречащие общественным требованиям и нормам. Клинически наблюдались транзиторные психосенсорные нарушения, лабильность эмоций, быстрая смена настроений, плаксивость. Эти проявления отмечались в основном при стрессовых ситуациях и носили демонстративный характер.

В структуре выявленной невротической патологии отчетливо выявлялась неврастения (F48). Этот вид расстройства отмечается в основном у пациентов

в возрасте от 20 до 40 лет в условиях истощающих умственных и физических нагрузок, длительного переутомления, личных переживаний, длительных конфликтов, т. е. в широком смысле слова в психогенных условиях. Основным в клинической картине заболевания являлся астенический синдром. Больные предъявляли жалобы на выраженную раздражительность, возникающую как ответная реакция на малейший шум, разговоры окружающих, быстрое передвижение людей, многолюдные сборища, а также на неспособность сосредоточиться и начать необходимое дело. У них отмечалась повышенная раздражительность, не сдерживая эмоций, кричали на близких, сотрудников, собеседников, т. е. легко теряли самообладание. С течением времени подобные реакции сменялись чувством обиды, слезливостью даже по мелким, пустяковым поводам. Для данных пациентов были характерны трудности в сосредоточении и концентрации внимания при выполнении любого дела, быстро наступала утомляемость, нарастала слабость. Больные не были способны мобилизовать внутренние ресурсы на рабочее усилие, постоянно испытывали чувство большой усталости, были подавлены и угнетены непреходящими мыслями о своих соматических ощущениях. Кроме того, наблюдались нарушения сна: трудности засыпания, поверхностный сон со сновидениями, навязанные дневными заботами. По утрам пациенты поднимались с тяжелой «неясной» головой, дурным настроением, чувством усталости и разбитости, которое несколько отступало лишь к вечеру. Практически все жаловались на головную боль (тяжесть в голове, чувство давления в висках или опоясывающие головные боли), общую слабость, плохую память, неприятные ощущения в различных частях тела. Фон настроения был тревожный в сочетании со слезливостью и эмоциональной лабильностью, ослаблением круга интересов. Семейный фактор традиционно рассматривается многими исследователями как патогенетический в формировании невротических расстройств. Среди стилей семейного общения у лиц с преневротическими состояниями чаще наблюдались либеральный стиль (51,7 %), авторитарный стиль встречался с

небольшим отрывом (39,2 %), меньшим число случаев был представлен демократический стиль (8,9 %).

Обращает на себя внимание отсутствие современных комплексных исследований в аспекте формирования невротических расстройств, включающих в себя анализ качества жизни больных. Представляется перспективным изучить связи между становлением и развёртыванием клинической картины невротических расстройств, уровнем тревожности, поведенческими предпочтениями и показателями качества жизни больных.

Длительное катамнестическое прослеживание развития невротических расстройств позволяет выявить особенности динамических изменений в состоянии пациентов, а также определить факторы, оказывающие как позитивное так и негативное влияние на видоизменение синдромов психопатологических состояний.

Принципиальным положением при эпидемиологическом изучении распространённости и структуры пограничных психических расстройств является определение интенсивных показателей, характеризующих достоверное количество заболеваний в населении и являющихся одним из основополагающих факторов для планирования и организации специализированной медицинской помощи.

Использование только клинических критериев эффективности врачебной работы представляется недостаточно корректным и в чисто практическом плане. К настоящему времени стало общепризнанным то положение, что при выборе любых мер лечебного воздействия, помимо узко клинических критериев, следует учитывать также изменение субъективного ощущения благополучия пациента, т.е. его качество жизни (Незнанов Н.Г., Петрова Н.Н., 2002). Очевидно, что при наличии представления о субъективном отношении пациента к основным сферам собственной жизни, врач-психиатр может лучше понимать структуру личности больного, его приоритеты, истоки непродуктивности решения внутриличностных

конфликтов, а, значит, этиопатогенетические механизмы нервно-психической декомпенсации и направления ее коррекции у конкретного пациента [26,27].

Таким образом, изучение качества жизни является чрезвычайно важным, как с теоретической, так и с практической точек зрения. Однако, до настоящего времени в литературе были недостаточно представлены материалы по вопросу качества жизни у больных с невротическими и соматоформными психическими расстройствами и взаимосвязи ЮК с патосаногенными механизмами: когнитивными (иррациональными установками) и поведенческими (защитным и совладающим поведением), влияющими на возникновение, течение и исход заболевания [7].

Известно, что личность человека как биопсихосоциальное образование, является динамической системой, непрерывно взаимодействующей с внешней средой и изменяющей свое внутреннее состояние в процессе адаптации. Современная наука отводит большую роль механизмам преодоления (копинг - механизмам), являющимся совокупностью когнитивных, эмоциональных и поведенческих стратегий, направленных на достижение адаптации. Успешность решения жизненных проблем человеком и их субъективное восприятие зависит от способов преодоления этих проблем, а именно от копинг - механизмов. Фрустрации сами по себе ухудшающие качество жизни, могут дезорганизовывать поведение человека, в результате чего он выбирает неконструктивные стратегии совладания со стрессом, что в свою очередь еще больше ухудшает его качество жизни, замыкая «порочный круг» взаимодействий и усиливая невротический механизм. Естественно предположение о наличии «порочного круга» и в когнитивной сфере.

Таким образом, особенности клиники невротических расстройств и качества жизни больных остаётся как одной из актуальных проблем сегодняшнего дня и мы должны выяснить взаимосвязь между ними.

1.3 Современные методы диагностики и лечения невротических расстройств.

Ряд работ посвящён изучению клинических аспектов невротических расстройств, в частности, структуре и выраженности симптоматики и особенностей клинической диагностики. Значительная часть исследований направлена на изучение конкретных индивидуально-психологических и клинико-психологических характеристик, а также личностных особенностей. Однако в отечественной клинической психологии практически отсутствуют эмпирические исследования, имеющие своей целью современные методы диагностики и лечения невротических расстройств, связанных с клинически оформленными невротическими расстройствами, что и обуславливает необходимость более полного, комплексного изучения когнитивных нарушений, приводящий к снижению показателей качества.

Многоаспектное обоснование психологических механизмов невротических расстройств дает возможность представить рекомендации, раскрывающие особенности психологических факторов индивидуальной и групповой краткосрочной психотерапии у больных с невротическими расстройствами с целью повышения эффективности проводимых лечебных мероприятий.

Теоретический анализ отечественных и зарубежных психологических, биологических и клинических моделей формирования и развития невротических расстройств. Клинико-психологический метод — исследование больных с невротическими расстройствами с помощью специально разработанной в отделении неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева анкеты для оценки клинических и социально-психологических показателей. Экспериментально-психологический метод включает следующие блоки (в соответствии с классификацией, предложенной Л.И. Вассерманом, О.Ю. Щелковой (2003)):

Методы исследования актуального психического состояния. Симптоматический опросник Александровича; Опросник выраженности

психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90- Revised — SCL-90-R). Методы исследования структуры личности: Личностный опросник Н.Ж. Ейзенка («Eysenck Personality Inventory» — EPI); «Сквозной биполярный перечень» (L.R. Goldberg); Стандартизованный клинический личностный опросник (адаптированный И.Н. Гильяшевой, Ж.Н. Собчик и Т.Л. Федоровой полный вариант MMPI); Я-структурный тест G. Ammon (ISTA); Методика оценки психического здоровья (МОПЗ). Методы исследования факторов риска психической дезадаптации: Методика «Индекс жизненного стиля» (Life style index); Методика Е. Heim для определения характера копинг-поведения; Тест рисуночной фрустрации S. Rosenzweig.

Методы исследования системы значимых отношений личности. Методика интерперсональных отношений Т. Leary; Опросник для исследования межличностных проблем (Inventory of Interpersonal Problems (IP)); Гиссенский личностный опросник; Методика для исследования самооценки «Q-сортировка». Методы исследования структуры иерархии ценностей: Методика «Ценностные ориентации» (M. Rokeach).

Нейропсихологический метод — выявление минимальной мозговой дефицитности с помощью стандартизированной нейропсихологической методики (А.У. Тархан).

В большинстве случаев, обращению больных с невротическими расстройствами к врачу-психиатру, предшествует период консультирования и лечения у врачей общей практики, что в ряде случаев приводит к затягиванию начала специализированной терапии. Этим подходом создает условия для формирования неблагоприятного типа течения заболевания, способствуя удлинению сроков лечения. В то же время и на заключительных этапах заболевания, при формировании невротических развитий личности, часть больных также стремится к прохождению лечения в стационарах терапевтического профиля. Больные любое ухудшение психосоматического состояния трактуют как проявление соматической патологии. Практически, в структуре большинства невротических расстройств, присутствует

ипохондричность. Особенности личностного реагирования таких пациентов приводят к удлинению сроков их пребывания в терапевтических стационарах, создавая в определенной степени группу "трудных больных", испытывающих субъективный эмоциональный дискомфорт вне зависимости от реального психического и соматического состояния.

Данные обстоятельства обуславливают необходимость расширения консультативной психиатрической помощи в общесоматических лечебных учреждениях, путем создания специализированных консультативных центров, разработки и внедрения специализированных циклов повышения квалификации для врачей общей практики в области пограничной психиатрии.

В психиатрических учреждениях наиболее распространенным методом патогенетической терапии являлось применение анксиолитиков в сочетании с антидепрессантами. Терапия исключительно анксиолитиками преобладала над комплексной терапией, включавшей помимо анксиолитиков и год от года, прослеживалось увеличение случаев применения комплексной терапии, и последовательное снижение случаев применения моно терапии и терапии двумя группами препаратов. На показатели распространенности невротические расстройства оказывает влияние множество различных факторов: социально-экономические, миграционные, чрезвычайные ситуации, травматизм, обращаемость к не профильным специалистам и многое другое, нельзя недооценивать и фармакотерапевтический фактор.

Анализ литературы свидетельствует также, что на новом этапе психофармакотерапии, в эру распространенности атипичных антипсихотиков (Малин Д.И., 2003; Александровский Ю.А., 2005; Мазаева Н.А., 2006; Мосолов С.Н., 2006; Frangou S., Lewis M., 2000; и др.) до настоящего времени в отечественной и зарубежной психиатрии не проводилось специальных исследований, касающихся клиники, динамики и разработки схем лечения неврозоподобного синдрома при шизотипическом расстройстве. Требуют своего уточнения аспекты не только диагностические, клинико-прогности-

ческие, но и терапевтические - выбор оптимальных схем лечения неврозоподобного синдрома при шизотипическом расстройстве. Особое значение в этой связи приобретают такие возможности атипичных нейролептиков как их способность существенным образом положительно влиять на негативную симптоматику [4,42,43,44].

К настоящему времени увеличение распространенности патологии невротического спектра привело к тому, что, по образному выражению М.М. Кабанова [2], «малая психиатрия стала не большой, она стала огромной». К проблемным вопросам пограничной психиатрии относят сложность диагностики и дифференциации этих расстройств, хронический характер течения, значительную коморбидность с другими заболеваниями [8,9,10,11,25,69,72].

В лечении неврозов важную роль играют и психотерапевтические методики. В рамках рациональной психотерапии врач должен четко, доступно и обоснованно изложить родителям ребенка суть его заболевания. На всем протяжении лечения необходимо ободрять больного, внушать ему веру в себя, формировать и поддерживать в нем чувство собственной полноценности, повышать его самооценку - это важно, так как больные неврозами не уверены в себе и ранимы. Большое значение придается семейной терапии, основной целью которой является ликвидация психотравмирующей ситуации в семье. Для лечения у детей применяются седативные средства и транквилизаторы. К первым относятся фитопрепараты, созданные на основе валерианы, мяты, зверобоя: Седавит, Гелариум гиперикум и т.д. В группу транквилизаторов (анксиолитиков) входят психофармакологические средства, уменьшающие проявления тревоги, эмоциональную напряженность, страхи. Кроме того, транквилизаторы характеризуются гипнотическим, противосудорожным и миорелаксирующим эффектами. В лечении неврозов у детей целесообразно использовать небензодиазепиновые транквилизаторы (Фенибут, Тенотен, Атаракс, Адаптол), так как они имеют меньшее число побочных эффектов.

Одним из таких препаратов является Золомакс (альпрозолам). Золомакс может оказывать метаболическое действие, нормализуя нарушенные стрессом метаболические процессы, а также влиять на функционирование нейромедиаторных систем. Он имеет умеренную анксиолитическую активность, устраняет или ослабляет беспокойство, тревогу, страх, внутреннее эмоциональное напряжение и раздражительность. Транквилизирующий эффект препарата не сопровождается миорелаксацией и нарушением координации движений. Патогенетическая или личностно-ориентиро-ванная (реконструктивная) психотерапия при неврозах может осуществляться в двух основных формах - индивидуальной и групповой. Каждая из них обладает собственным специфическим психотерапевтическим потенциалом.

С учетом отмеченной актуальности темы определена цель настоящей работы. На основании детального клинко-психопатологического изучения неврозоподобного синдрома в структуре (диагноз F 40 по МКБ-10) Невроза разработано современная тактика его лечения. Для этого провели анализ эффективности существующей практики психофармакотерапии больных, страдающих неврозоподобным синдромом в картине болезни разработаны современные принципы терапии данной категории больных.

Важное место в клинике неврозов занимает вопрос диагностики. Хорошо известны неадекватные попытки позитивной характеристики неврозов, идущие от фрейдизма. Общее, что их объединяет — это представление о неврозе и его психогенезе как о материализации вытесненных в бессознательные биологические влечения, прежде всего сексуальных и агрессивных, при игнорировании реальной ситуации и социально значимых личностных характеристик.

В последнее время распространенные взгляды на природу неврозов в зарубежной психоневрологии связаны с бихевиоризмом, экзистенциализмом, гуманистической психологией и др. [30,31,33,47]. С точки зрения бихевиористов реально существуют лишь отдельные невротические

симптомы как результат неправильного процесса научения. Как отмечает Г.Ю. Айзенк (1999), «нет невроза, скрывающегося за симптомом, это просто сам симптом». При этом игнорируется роль сознательных социальных факторов личностного функционирования. Еще дальше идут экзистенциалисты, для которых неврозы вообще не являются болезнью, имеющей свои нейрофизиологические механизмы (Карвасарский Б.Д., 2002). Подобно другим психическим расстройствам, невроз представляет собой только «особую форму отчужденного существования больного». По словам К. Роджерса, одного из представителей гуманистической психологии, невроз — это следствие неудовлетворения имманентно присущей каждому человеку потребности в самоактуализации.

В советской литературе понятие позитивной диагностики тесно связано с патогенетической концепцией В.Н. Мясищева [30,31,33].

Сущность позитивной диагностики определяется патогенетической концепцией неврозов и вытекает из признания категории «психогенного».

Невроз характеризуется, во-первых, обратимостью патологических нарушений, независимо от его длительности, что соответствует пониманию невроза И.П. Павловым как срыва высшей нервной деятельности, который может продолжаться дни, недели, месяцы и даже годы; во-вторых, психогенной природой заболевания, которая, согласно В.Н. Мясищеву, определяется существованием связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и патогенной конфликтной ситуации больного; в-третьих, специфичностью клинических проявлений, состоящей в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств.

Диагностика невротических расстройств осуществляется согласно принципам негативной и позитивной диагностики: негативная диагностика предполагает исключение органической основы, позитивная - выявление психогенной природы заболевания.

Проблематичность использования приведенных выше дефиниций невротических расстройств заключается, в первую очередь, в том, что они не дают четкого и однозначного определения понятия «расстройство», что затрудняет дифференциацию невротических симптомов от психологических феноменов, которые также связаны со стрессом.

ГЛАВА 2.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Материалы исследования

Объектом настоящего исследования явились 84 пациентов, 44 женщины и 40 мужчин, в возрасте от 30 до 50 лет, средний возраст которых составил $29,5 \pm 3,6$ года. Это были пациенты, обратившиеся амбулаторно в Бухарском областном психоневрологическом диспансере. Основным критерием отбора в группу являлось наличие клинически подтвержденного невротического расстройства (диагноз F 4 по МКБ-10).

Критериями исключения явились аддиктивные нарушения (наркомания, токсикомания и алкоголизм), аффективные расстройства, органические нарушения центральной нервной системы, острое или обострение хронической соматической патологии.

Таблица 2.1

Сравнительная характеристика основной и контрольной групп

Признак		Всего	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=24)	
			Абс.	%	Абс.	%
Пол	Мужчины	44	32	53,3	12	50,0
	Женщины	40	28	46,7	12	50,0
Возраст	21 – 25 лет	22	14	23,3	8	33,3
	26 – 45 лет	35	28	46,7	7	29,2
	46 – 50 лет	27	18	30,0	9	37,5
Частота госпитализаций	1 – 2 раза в год	54	38	63,3	16	66,7
	3 – 4 раза в год	30	22	36,7	8	33,3

В связи с тем, что пациенты основной и контрольной групп не отличаются по поло-возрастным и демографическим признакам, частоте госпитализаций, а также основным характеристикам невротической симптоматики.

2.2 Методы исследования

В исследовании были использованы следующие методы:

-клинико-психопатологический; является основным в клинической психиатрии и психопатологии для изучения расстройств психической деятельности, личности и поведения; включает в себя:

а) целенаправленную беседу с пациентами, их расспрос по определённым правилам о том, что касается их психического состояния в данное время и в прошлом, психофизиологического развития, наследственной отягощённости по линии психиатрической и иной патологии, биографии, семейной ситуации, перенесённых ранее заболеваний;

б) динамическое наблюдение за их поведением, межличностными отношениями, аффектами, экспрессивными проявлениями, реакцией на используемые методы терапии;

в) беседы с родственниками пациента и лицами, хорошо его знающими;

г) клинико-психологический эксперимент (изучение состояния внимания, памяти, расстройств мышления и интеллекта и др.);

д) анализ, оценку, синтез полученных сведений, сбор катамнестических сведений для контроля адекватности выводов о состоянии пациента и прогностических гипотез;

е) катамнестическое исследование;

- клинико-катамнестический; в результате анализа клиники психических расстройств выносится заключение о нозологической принадлежности и синдромальной структуре расстройств;

- статистический; полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel и STATISTICA 6. Достоверность различий количественных показателей определялась по t-критерию Стьюдента. Различия между группами считали статистически значимыми при $P < 0,05$.

С пациентами обеих групп неоднократно проводилась беседа по типу клинического интервьюирования для сбора субъективной и объективной

информации о самом пациенте, течении основного заболевания и структуре и динамике депрессивных расстройств.

Клиническая оценка состояния пациентов проводилась традиционным клиническим описанием, количественная характеристика давалась по шкале тревоги Гамильтона (HAS — Hamilton's Anxiety Scale) с выделением психического, соматического и нейровегетативного регистров тревоги. Дополнительно исследовались показатели качества жизни.

В качестве методов исследования использовались: клиничко-психопатологический, клиничко-динамический, клиничко-катамнестический, клинические шкалы (шкала качества жизни, шкала тревоги Гамильтона) и психологические опросники (шкала «индекс жизненного стиля», опросник стратегий копинг-поведения, тест Люшера), статистический метод (критерий достоверности Стьюдента, метод сравнения долей χ^2 -преобразование Фишера), корреляционный анализ с расчётом коэффициента корреляции по Пирсону, ранговый анализ корреляционных связей по Спирману). Полученные результаты вносились в специально разработанную базисную карту.

Для оценки эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий использовалась «Шкала оценки эффективности терапии больных пограничными состояниями» (Семке В Я., 1980). Критерием эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий была динамика клинических данных и характеристик психического здоровья (динамика показателей качества жизни и уровня тревоги по шкале Гамильтона).

Шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS) — инструмент, наиболее широко используемый в испытаниях лекарственных средств. HARS предназначена для оценки состояния пациентов с уже установленным диагнозом тревожного расстройства и для оценки тревоги у пациентов, страдающих другими расстройствами, чаще всего депрессивными. Шкала во многом основана на субъективной оценке пациента, которая

является важным критерием оценки заболевания до начала терапии и улучшения состояния после лечения.

HARS считается эффективным и точным инструментом измерения тяжести тревожного синдрома, даже несмотря на то, что она не позволяет достаточно точно оценивать генерализованную тревогу.

Общие сведения о шкале Гамильтона (HARS)

Тип инструмента: Шкала предназначена для точной оценки степени тяжести тревожного синдрома у пациентов с уже установленным диагнозом тревожного расстройства.

Происхождение: Автор использовал перечни симптомов и общие тесты.

Популяция: Взрослые лица с установленным диагнозом тревожного расстройства.

Методика применения: Исследователь должен быть квалифицированным психиатром или пройти соответствующее обучение. Затраты времени — от 20 до 30 минут. Время оценки определяется как «сейчас» или «в течение последней недели». Значение баллов по всем 14 пунктам ранжируется от 0 до 4. Суммарный балл принимает значения в интервале от 0 до 56.

Выделяются три области значений суммарного балла по шкале Гамильтона:

- 0 — отсутствие тревожного состояния,
- 8 — симптомы тревоги,
- 20 — тревожное состояние.

При паническом расстройстве суммарный балл достигает 25-27.

Критерием эффективности терапии является >50%-е снижение суммарного балла по сравнению с начальным.

Измеряемые переменные: По семи пунктам измеряется соматическая тревога, по другим семи — психическая. Оба фактора могут измеряться отдельной суммой баллов.

Применение: Шкала широко используется при проведении испытаний

лекарственных средств; как минимум заполняется дважды — до начала и после курса терапии. Дополнительные измерения проводятся по усмотрению исследователя.

Краткий обзор исследований по валидации шкалы Гамильтона (HARS)

При проведении первого клинического испытания самой шкалы был выполнен факторный анализ матрицы корреляций всех ее пунктов (Hamilton, 1959). По завершении этого испытания было решено разделить пункт «общая соматическая тревога» на два, независимо регистрирующие сенсорные и мышечные симптомы. Шкала прошла испытание в исследовании с участием 3 групп: 1) пациентов с тревожными состояниями; 2) пациентов с различными дерматологическими расстройствами, которые сопровождаются выраженной тревогой; 3) контрольной группы. Данная 14-пунктовая шкала прошла оценку с помощью программной системы PLUS. Подсчет факторов проводился с вращением матрицы по методу Varimax. Сравнение факторов, полученных в результате оценки первых двух групп, проводилось с применением метода Ahmavara. Факторы были оценены как стабильные и различные.

Практические рекомендации для применения шкалы Гамильтона (HARS)

Общие рекомендации. Данная шкала разработана для оценки тяжести симптомов тревоги (независимо от небольших колебаний во времени), поэтому вопросы должны быть адресованы к состоянию в течение последних нескольких дней или предыдущей недели. Точность измерения зависит, в первую очередь, от квалификации и опыта исследователя и аккуратности регистрации используемой информации. Не следует оказывать давление на пациента; пациенту необходимо предоставить достаточно времени для подробного ответа на вопрос, но при этом не позволять ему сильно отклоняться от темы вопроса. Число прямых вопросов должно быть сведено к минимуму,

вопросы надо задавать различными способами, комбинируя варианты с утвердительными или отрицательными ответами.

Желательно получать дополнительную информацию от родственников пациента, его друзей, медицинского персонала и т.д.; такая информация необходима, если есть сомнения в корректности ответов пациента.

Повторные измерения должны проводиться независимо друг от друга. При проведении повторного измерения исследователь не должен видеть результаты предыдущих измерений, он заполняет только чистый бланк шкалы. Эти рекомендации могут показаться банальными, но они крайне важны. Исследователь по мере возможности должен избегать вопросов, связанных с изменением состояния пациента со времени последнего измерения.

По каждому пункту необходимо выбрать значение, наиболее соответствующее степени выраженности симптомов:

0 = отсутствует,

1 = в слабой степени,

2 = в умеренной степени,

3 = в тяжелой степени,

4 = в очень тяжелой степени.

Шкала Гамильтона для оценки тревоги (НАМ-А) позволяет количественно оценивать выраженность тревожного синдрома и часто используется для оценки антипсихотических препаратов. Она состоит из 14 показателей, каждый из которых определяется рядом симптомов. Каждый показатель оценивается по 5-балльной шкале от 0 (отсутствует) до 4 (тяжелый).

Тревожное настроение	Озабоченность, ожидание наихудшего	0 1 2 3 4
Напряжение	Вздрагивания, легко возникающая	0 1 2 3 4

	плаксивость, беспокойство, дрожь	
Страхи	Боязнь темноты, незнакомых людей, одиночества	0 1 2 3 4
Инсомния	Затруднение засыпания, прерывистый сон, ночные кошмары	0 1 2 3 4
Интеллектуальные нарушения	Затрудненная концентрация внимания, снижение памяти	0 1 2 3 4
Депрессивное настроение	Снижение интереса к деятельности, ангедония, бессонница	0 1 2 3 4
Соматические жалобы (мышечные)	Боли в мышцах, бруксизм	0 1 2 3 4
Соматические жалобы (чувствительные)	Звон в ушах, нечеткость зрения	0 1 2 3 4
Сердечно-сосудистые симптомы	Тахикардия, сердцебиение, боль в грудной клетке, ощущение предобморочного состояния	0 1 2 3 4
Респираторные симптомы	Чувство давления в грудной клетке, ощущение удушья, одышка	0 1 2 3 4
Желудочно-кишечные симптомы	Дисфагия, тошнота или рвота, запор, снижение массы тела, чувство перенаполнения желудка	0 1 2 3 4
Мочеполовые симптомы	Учащение мочеиспускания или императивные позывы на мочеиспускание, дисменорея, импотенция	0 1 2 3 4
Вегетативные симптомы	Сухость во рту, приливы, бледность, потливость	0 1 2 3 4
Поведение при	Беспокойство, тремор, беспокойная	0 1 2 3 4

беседе	походка	
--------	---------	--

Общая оценка:

Оценка 6 и меньше – симптомов тревоги нет.

Оценка от 7 до 13 – могут быть тревожные расстройства.

Оценка от 14 до 20 – тревога.

Оценка от 21 до 28 – симптоматическая тревога.

Оценка более 29 — пациент с выраженным тревожным состоянием.

В целом оценка в 14 баллов является пограничной.

ШКАЛА ГАМИЛЬТОНА (HDRS) ДЛЯ ОЦЕНКИ ДЕПРЕССИИ

1. Депрессивное настроение.

(подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности)

0- отсутствие

1- выражение указанного чувства только при прямом вопросе

2- жалоба высказывается спонтанно

3- определяется невербально (поза, мимика, голос, плаксивость)

4- пациент выражает только эти чувства, как в высказываниях, так и невербально

2. Чувство вины.

0- отсутствие

1- самоуничижение, считает, что подвел других

2- чувство собственной вины, мучительные размышления о собственных ошибках и грехах

3- настоящее заболевание расценивается как наказание, бредовые идеи виновности

4- вербальные галлюцинации обвиняющего и/или осуждающего содержания, и/или зрительные галлюцинации угрожающего содержания

3. Суицидальные намерения.

0- отсутствие

1- чувство, что жить не стоит

2- желание смерти или мысли о возможности собственной смерти

3- суицидальные высказывания или жесты

4- суицидальные попытки

4. Ранняя бессонница.

0- отсутствие затруднений при засыпании

1- жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (более 30 минут)

2- жалобы на невозможность заснуть каждую ночь

5. Средняя бессонница.

0- отсутствие

1- жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи

2- многократные пробуждения в течение всей ночи, подъем с постели

6. Поздняя бессонница.

0- отсутствие

1- раннее пробуждение с последующим засыпанием

2- окончательное раннее утреннее пробуждение

7. Работоспособность и активность.

0- отсутствие трудностей

1- мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с работой или хобби

2- утрата интереса к работе или хобби, выраженная непосредственно в жалобах или опосредованно, через апатичность и нерешительность (чувство потребности в дополнительном усилии приступить к работе или проявить активность)

3- уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности

4- отказ от работы вследствие настоящего заболевания

8. Заторможенность.

(замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)

0- нормальная речь и мышление

1- легкая заторможенность в беседе

2- заметная заторможенность в беседе

3- выраженные затруднения при проведении опроса

4- ступор

9. Ажитация.

0- отсутствие

1- беспокойство

2- беспокойные движения руками, теребление волос

3- подвижность, неусидчивость

4- постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, кусание губ

10. Психическая тревога.

0- отсутствие

1- субъективное напряжение и раздражительность

2- беспокойство по незначительным поводам

3- тревога, выражающаяся в выражении лица и речи

4- страх, выражаемый и без расспроса

11. Соматическая тревога.

(физиологические проявления тревоги - **гастроинтестинальные** - сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка, **сердечно-сосудистые** - сердцебиение, головные боли, **дыхательные** - гипервентиляция, одышка, + учащенное мочеиспускание, повышенное потоотделение)

0- отсутствие

1- слабая

2- средняя

3- сильная

4- крайне сильная

12. Желудочно-кишечные соматические симптомы.

0- отсутствие

1- утрата аппетита, но с приемом пищи без сильного принуждения, чувство тяжести в животе

2- прием пищи только с упорным принуждением, потребность в слабительных средствах или препаратах для купирования гастроинтестинальных симптомов

13. Общие соматические симптомы.

0- отсутствие

1- тяжесть в конечностях, спине, голове, мышечные боли, чувство утраты энергии или упадка сил

2- любые резко выраженные симптомы

14. Генитальные симптомы.

(Утрата либидо, менструальные нарушения)

0- отсутствие симптомов

1- слабо выраженные

2- сильно выраженные

15. Ипохондрия.

0- отсутствие

1- поглощенность собой (телесно)

2- чрезмерная озабоченность здоровьем

3- частые жалобы, просьбы о помощи

4- ипохондрический бред

16. Потеря в весе.

(оценивается либо А, либо Б)

А. По данным анамнеза.

0- отсутствие

1- вероятная потеря в весе в связи с настоящим заболеванием

2- явная (со слов) потеря в весе

3- не поддается оценке

Б. Если изменения в весе имеют место еженедельно.

0- менее 0,5 кг. в неделю

1- более 0,5 кг. в неделю

2- более 1 кг. в неделю

3- не поддается оценке

17. Критичность отношения к болезни.

0- осознание болезни

1- осознание болезненности состояния, но отнесение его на счет плохой

пищи, климата, переутомление и т.д.

2- полное отсутствие сознания болезни

18. Суточные колебания.

(пункт Б оценивается при наличии расстройств в пункте А)

А. Когда симптомы более выражены.

0- отсутствие колебаний

1- утром

2- вечером

Б. Степень выраженности.

0- отсутствие

1- слабые

2- сильные

19. Деперсонализация и дереализация.

(измененность себя, окружающего)

0- отсутствие

1- слабая

2- умеренная

3- сильная

4- непереносимая

20. Параноидальные симптомы.

0- отсутствие

1- подозрительность

2- идеи отношения

3- бред отношения, преследования

21. Обсессивные и компульсивные симптомы.

0- отсутствие

1- легкие

2- тяжелые

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ БЛАНК К ШКАЛЕ ГАМИЛЬТОНА

Пункт шкалы	ПОКАЗАТЕЛИ (обвести соответствующие состоянию)				
	0	1	2	3	4
1. Депрессивное настроение	0	1	2	3	4
2. Чувство вины	0	1	2	3	4
3. Суицидальные намерения	0	1	2	3	4
4. Ранняя бессонница	0	1	2		
5. Средняя бессонница	0	1	2		
6. Поздняя бессонница	0	1	2		
7. Работоспособность и активность	0	1	2	3	4
8. Заторможенность	0	1	2	3	4
9. Ажитация	0	1	2	3	4
10. Психическая тревога	0	1	2	3	4
11. Соматическая тревога	0	1	2	3	4
12. Жел.-киш. симптомы	0	1	2		
13. Общие соматические симптомы	0	1	2		
14. Генитальные симптомы	0	1	2		
15. Ипохондрия	0	1	2	3	4
16. Потеря в весе А	0	1	2	3	
16. Потеря в весе Б	0	1	2	3	
17. Критичность	0	1	2		
18. Суточные колебания А	0	1	2		
18. Суточные колебания Б	0	1	2		
19. Деперсонализация и дереализация	0	1	2	3	4
20. Параноидальные симптомы	0	1	2	3	
21. Обсессивные и компульс. симптомы	0	1	2		
Итог:					
Имя больного:					
Возраст:					
Образование:					

ШКАЛА ГАМИЛЬТОНА (HDRS) ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРЕВОГИ

По каждому пункту шкалы устанавливается оценка по следующему критерию:

1. отсутствие
2. в слабой степени
3. в умеренной степени
4. в тяжелой степени
5. в очень тяжелой степени

1. Тревожное настроение.

(озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность)

2. Напряжение.

(ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться)

3. Страхи.

(темноты, незнакомцев, одиночества, животных, толпы, транспорта)

4. Инсомния.

(затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха, чувство разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сны)

5. Интеллектуальные нарушения.

(затруднение концентрации внимания, ухудшение памяти)

6. Депрессивное настроение.

(утрата привычных интересов, чувства удовольствия от хобби, подавленность, ранние пробуждения, суточные колебания настроения)

7. Соматические мышечные симптомы.

(боли, подергивания, напряжение, судороги клонические, скрипение зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус)

8. Соматические сенсорные симптомы.

(звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара и холода, ощущение слабости, покалывания)

9. Сердечно-сосудистые симптомы.

(тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, частые вздохи)

10. Респираторные симптомы.

(давление и сжатие в груди, удушье, частые вздохи)

11. Гастроинтестинальные симптомы.

(затрудненное глотание, метеоризм, боль в животе, изжога, чувство переполненного желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диарея, запоры, снижение веса тела)

12. Мочеполовые симптомы.

(учащенное мочеиспускание, сильные позывы на мочеиспускание, аменорея, менорагия, фригидность, преждевременная эякуляция, утрата либидо, импотенция)

13. Вегетативные симптомы.

(сухость во рту, покраснение или бледность кожи, потливость, головные боли с чувством напряжения)

14. Поведение при осмотре.

(ерзанье на стуле, беспокойная жестикуляция и походка, тремор, нахмуривание лица, напряженное выражение лица, вздохи или учащенное дыхание, частое сглатывание слюны)

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ БЛАНК К ШКАЛЕ ГАМИЛЬТОНА (тревога)

Пункт шкалы	ПОКАЗАТЕЛИ (обвести соответствующие состоянию)				
	0	1	2	3	4
1. Тревожное настроение	0	1	2	3	4
2. Напряжение	0	1	2	3	4
3. Страхи	0	1	2	3	4
4. Инсомния	0	1	2	3	4
5. Интеллектуальные нарушения	0	1	2	3	4
6. Депрессивное настроение	0	1	2	3	4
7. Соматические мышечные симптомы	0	1	2	3	4
8. Соматические сенсорные симптомы	0	1	2	3	4
9. Сердечно-сосудистые симптомы	0	1	2	3	4
10. Респираторные симптомы	0	1	2	3	4
11. Гастроинтестинальные симптомы	0	1	2	3	4
12. Мочеполовые симптомы	0	1	2	3	4
13. Вегетативные симптомы	0	1	2	3	4
14. Поведение при осмотре	0	1	2	3	4

Сумма баллов:

Оценка 6 и меньше – симптомов тревоги нет.

Оценка от 7 до 13 – могут быть тревожные расстройства.

Оценка от 14 до 20 – тревога.

Оценка от 21 до 28 – симптоматическая тревога.

Оценка более 29 — пациент с выраженным тревожным состоянием.

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

«SF-36 HEALTH STATUS SURVEY»

Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ. Количественно оцениваются следующие показатели:

- 1) **General Health (GH)** — общее состояние здоровья — оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.
- 2) **Physical Functioning (PF)** — физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).
- 3) **Role-Physical (RP)** — влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).
- 4) **Role-Emotional (RE)** — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.).
- 5) **Social Functioning (SF)** — социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).
- 6) **Bodily Pain (BP)** — интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.
- 7) **Vitality (VT)** — жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным).
- 8) **Mental Health (MH)** — самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

ГЛАВА 3.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1 ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Критерии отбора пациентов для включения в исследование;

- 1) пациенты с диагнозом «Неврозы», выставленным по диагностическим критериям МКБ-10, с шифрами F 40;
- 2) длительность заболевания составлял 5-10 лет;
- 3) длительность стабильного психического состояния (ремиссии) и продуктивной симптоматики, не имеющей тенденции к улучшению или к утяжелению, более 5 лет;
- 4) возраст больных на момент исследования 21—50 лет.

Среди обследованных больных чаще всего встречались мужчины (52,3%), а женщины (47,7 %). Средний возраст пациентов 31—35 лет встречался 48,8% случаев, в равном соотношении у мужчин и женщин. Место жительства пациентов в основном находилось в городской среде (63,1%). Среди женщин не замужем 17,5 %, у 22,5 % не сложились семейные взаимоотношения (разведены), 10 % вдов, 50 % состоят в браке. Среди мужчин холостяки составили 18,2 %.

При изучении конституционально-биологических этиопатогенетических факторов и преморбидных особенностей структуры личности, во многом определяющих тип течения заболевания, его прогрессивность и клиническую специфичность, были выявлены закономерности в отношении следующих характеристик:

По нашим данным, 46,7 % пациентов основной группы (28 человек) и 45,8% контрольной группы (11 человек) ($p < 0,05$) (табл. 3.1) имели отягощенную наследственность по невротическому изолированно по отцовской линии. Отягощенной наследственности по данному заболеванию изолированно по материнской линии 26,7 % пациентов основной группы (16

человек) и 20,8% контрольной группы (5 человек) ($p < 0,05$). Случаев с отягощенной наследственностью по невротическому заболеванию обоим родителям отмечено больше в контрольной группе (13,3%), чем в основной (12,5%) (8 и 3 пациента соответственно). В 13,3% наблюдений основной группы (8 человек) и 20,8% контрольной (5 человек) наследственность по невротическому не была отягощена ни одним родителем.

Таблица 3.1.

Распределение больных в зависимости от наследственной отягощенности невротическим.

Наследственность	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Не отягощена	8	13,3	5	20,8
Отягощена изолированно по отцовской линии	28	46,7	11	45,8
Отягощена изолированно по материнской линии	16	26,7	5	20,8
Отягощена со стороны обоих родителей	8	13,3	3	12,5
Итого	60	100	24	100

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Таким образом, наследственная отягощенность невротическим изолированно по отцовской линии достоверно чаще встречается у пациентов-невротиков. Вероятно, можно предположить, что отмечается взаимовлияние генов, отвечающих за клиническую манифестацию невротических расстройств

Если рассматривать только патологию перинатального периода, то выявляется, что у пациентов, принявших участие в нашем исследовании, она

встречается в 1,66 раз чаще у пациентов основной группы, чем в группе сравнения – 71,2% и 42,9% соответственно ($p < 0,01$) (таблица 3.2).

Таблица 3.2.

Распределение больных по наличию патологии перинатального периода

Патология перинатального периода	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Есть	23	38,3	9	37,5
Нет	37	61,7	15	62,5
Всего	60	100	24	100

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

С большой долей вероятности можно утверждать наличие у обследованных пациентов в той или иной степени выраженных органических изменений головного мозга, вызванных воздействием ранних экзогенных вредностей и в определенной мере сыгравших роль дополнительного провоцирующего фактора в формировании невротической личности. Большой удельный вес таких пациентов в основной группе позволяет предположить возможность влияния органических изменений на быстроту и глубину формирования невротических расстройств.

Влиять на развитие патологических процессов могут сопутствующие заболевания, а также экзогенное токсическое воздействие. При сравнении показателей наличия сопутствующих заболеваний и экзогенного токсического воздействия в период от начала второго года жизни до клинической манифестации заболевания выявлено, что процент их отсутствия ниже у больных основной группы – (69,2%) по сравнению с контрольной (85,6%) на 16,4% (таблица 3.3).

Исследование частоты этих факторов в сравниваемых группах больных показало (табл. 3.3), что частота хронических инфекций в сравниваемых группах не имеют достоверных отличий (основная группа – 5 %, контроль –

4,2%). В раз чаще среди пациентов невротическими расстройствами отмечено перенесенное сотрясение головного мозга – соответственно 18,3% и 8,2% 0,5% ($p < 0,001$).

В целом среди больных основной группы частота лиц с сопутствующими заболеваниями и экзогенной интоксикацией составила 26,6%, а в группе контроля – 16,6% ($p < 0,01$).

Таблица 3.3.

Наличие сопутствующих заболеваний и экзогенного токсического воздействия.

Виды экзогенной патологии	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Инфекции хронические	3	5,0	1	4,2
Хронические мозговые инфекции	2	3,3	1	4,2
Сотрясения мозга	11	18,3	2	8,2
Отсутствие сопутствующей патологии	44	73,4	20	83,4
Итого	60	100	24	100

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Очевидно, что отсутствие сопутствующей патологии больных страдающих невротическими расстройствами, является очень хорошим показателем к выздоровлению. Однако возможно предположить, что органическое поражение головного мозга является одним из пусковых факторов формирования невротических расстройств.

Анализируя этот показатель, мы прежде всего акцентировали внимание на уровне образования, полученного до клинической манифестации заболевания, и возможно имеющегося трудового стажа с учетом степени квалифицированности труда.

Процентное соотношение лиц с начальным и средним образованием в сравниваемых группах не имело достоверных различий; лиц со средне-специальным образованием было несколько больше среди группы сравнения, а лиц с высшим образованием достоверно больше в основной группе (таблица 3.4).

Таблица 3.4.

Распределение больных по уровню образования до начала заболевания.

Уровень образования	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=24)	
	Абс.	%	Абс.	%
Начальное	3	5,0	1	4,2
Среднее	8	13,3	5	20,8
Средне-специальное	34	56,7	12	50,0
Высшее	15	25,0	6	25,0
Итого	60	100	24	100

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Очевидно, что пациенты с высоким уровнем образования в обеих группах одинаковые. Это подтверждается распределением больных по степени квалифицированности труда до начала заболевания и в момент проведения обследования (табл. 3.5).

Таблица 3.5.

Распределение больных по степени квалифицированности труда

Степень квалифицированности	Основная группа (n=60)				Контрольная группа (n=24)			
	до начала заболевания		в момент обследования		до начала заболевания		в момент обследования	
	Абс	%	Абс	%	Абс.	%	Абс.	%
Квалифицированный труд	12	20,0	7	11,7	5	20,8	1	4,2
Неквалифицированный труд	16	26,7	14	23,3	8	33,3	16	66,7
Не работает	18	30,0	27	45,0	7	29,2	5	20,8
Работает не по специальности	14	23,3	12	20,0	4	16,7	2	8,3
Итого	60	100	60	100	24	100	24	100

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

Представленные данные скорее отражают конечные показатели социального функционирования, нежели причинную обусловленность развития невротических расстройств.

Специфика традиционных культурально-психологических взаимоотношений может иметь позитивный психотерапевтический и реабилитационный эффект.

Сохранение позитивных близкородственных отношений, психологическая направленность родных и близких на оказание помощи больным, может рассматриваться как определенная психотерапевтическая среда, в условиях которой, у пациентов, наблюдается сравнительно быстрое купирование основной симптоматики, сокращаются сроки реабилитационного периода.

3.2 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Проблемы качества жизни (КЖ) у больных с пограничными (непсихотическими) нервно-психическими расстройствами связана с высоким удельным весом последних (57,3%) в структуре психических заболеваний и тенденцией к их дальнейшему росту и распространенности у населения [30,31]. Во многом это обстоятельство обусловлено известными факторами социально-психологического напряжения в современных условиях, что требует совершенствования подходов к решению данной проблемы.

В последние годы, как в общей медицине, так и в психиатрии существенное место отводится изучению качества жизни больных [26,27,28]. Это, прежде всего, обусловлено ростом интереса к больному со всеми его личностными и социальными особенностями и переходом от узкого изучения только клинических проявлений заболевания к более тонкому изучению жизни пациента, его нужд, успехов, неудач, суждений и оценок. В этой связи ВОЗ определяет качество жизни как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами». Данное определение также тесно связано с дефиницией здоровья, данной Всемирной организацией здравоохранения в 1948 году: «Здоровье — это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания». Здоровье является наиболее важной составляющей в системе ценностей человека [32,34,35]. В области медицины исследуется преимущественно КЖ, связанное со здоровьем, которое рассматривают как интегральную характеристику физического, психического и функционального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии [39,41,47,50].

Качество жизни больных с невротическими расстройствами характеризуется более низкими показателями, чем у здоровых лиц,

различается по ряду показателей между мужчинами и женщинами и подвергается положительной динамике в ходе терапевтического процесса. Показатели качества жизни находятся в тесной взаимосвязи с характеристиками клинико-психологического состояния, привычными для пациентов копинг-стратегиями и особенностями иррациональных установок. В процессе терапии у пациентов с невротическими расстройствами обоих полов повышается общее качество жизни и состояние здоровья, а также качество жизни в отдельных сферах функционирования, главным образом за счет улучшения физического самочувствия и эмоционального состояния, улучшаются познавательные функции, повышается активность, энергия и работоспособность, расширяется круг возможностей. При этом вероятность улучшения качества жизни снижается при большей длительности заболевания, а также зависит от редукции выраженности и уменьшения развернутости психопатологической симптоматики, а также снижения уровня дистресса.

Проблема изучения и формирования невротических расстройств в настоящее время на фоне роста данной патологии не теряет своей актуальности. Она определяется сохраняющейся тенденцией к хроническому течению [58,59], высокой и постоянно увеличивающейся частотой [1,2,8,9,10,11] несмотря на их принципиальную обратимость. Это говорит о недостаточной эффективности превентивных мероприятий и методов лечения и указывает на необходимость поиска новых системных подходов для выявления ранних и инициальных форм невротических состояний.

Исследования адаптационных процессов приобретает особую важность в последние десятилетия в связи с возрастанием интенсивности действия и увеличением числа факторов, усиливающих динамичность соотношения человека и среды с повышением требований к адаптационным механизмам человека [29,58,59,73,74]. На сегодняшний день крайне актуальна проблема создания новых форм диагностики и лечения невротических расстройств, которые «должны соответствовать социальной

новизне и быстро меняющемуся миру» [7]. Фундаментальные исследования структурно-функциональной организации головного мозга создали новые возможности для изучения нейрофизиологических механизмов патогенеза психических расстройств [11,12]. Важным аспектом проблемы является профилактика указанных заболеваний. В связи с этим возникли новые концепции «превентивной психиатрии» [58,59], «охраны психического здоровья здоровых» [21,23]), делающие основной акцент на необходимости развития собственных ресурсов личности настолько, чтобы она сама могла адекватно реагировать на возникающие жизненные проблемы и конструктивно разрешать их, не переводя их в ранг невротических. Это делает актуальным изучение психофизиологической адаптации и формирования невротического процесса в его начальные периоды на различных уровнях-эмоциональном, поведенческом, с учетом личностных характеристик, вариантов психологических защит, используемых стратегий поведения [8,9,10,11]. Многочисленные исследования выявляют связи между уровнем образования, социально-экономическим статусом, уровнем жизни и распространенностью невротических расстройств [72,73,74].

Изменения социально-политической структуры общества, научно-технический прогресс, сопровождающийся нарастанием темпа жизни, информационные перегрузки, конфликты производственного и семейного характера, создают почву для неудержимого роста во всем мире зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). В связи с этим проблема зависимости является значимой как для теории медицины, так и для клинической практики.

За рубежом и странах СНГ в настоящее время наблюдается рост количества научных работ, посвященных изучению различных аспектов КЖ. К сожалению в Узбекистане подобного рода исследований пока нет. Воздействие факторы на формирование, течение, клинику и становление качественной ремиссии в развитие невротических расстройств для оценки КЖ несомненно является актуальным и важным.

Концепция качества жизни еще не получила универсального определения, поскольку ей не хватает ясности и нередко возникает путаница. Тем не менее в настоящее время мы наблюдаем настоящий бум медицинских публикаций на тему качества жизни. Качество жизни стало четко очерченной проблемой медицины. Сегодня это понятие стало призывом для тех, кто стремится интегрировать переживания пациента, полученные в процессе болезни, в клиническую практику путем использования субъективной оценки пациентами качества их жизни. Качество жизни стало общепринятым обозначением не физиологических аспектов заболевания, которые прежде выражались с помощью других понятий. На сегодняшний день психиатрия в этом отношении несколько отстает. Психиатры, вероятно, медлят с изучением указанной проблемы, поскольку основное русло концепции качества жизни в медицине с ее акцентом на субъективном благополучии и удовлетворенности пациента в меньшей степени отделено от концепции психических расстройств, чем от медицинской теории соматических заболеваний.

Концепция качества жизни многими воспринимается как гуманистическое дополнение к медицинской практике, все более и более становящейся технократической. Но, если принять во внимание психиатрию, возникает вопрос: не является ли центральной темой психиатрии и ее главной задачей субъективное благополучие пациента; и не связано ли оно с имеющейся у него психопатологией? Комплексное систематическое исследование качества жизни (КЖ) больных с невротическими расстройствами является очень актуальным его оценка по субсферам, что дает возможность обосновать выделение «мишеней» для проведения лечения и психотерапии, имеющей своей целью коррекцию иррациональных убеждений и выбор адекватных копинг-стратегий.

Авторами показано влияние клинико-психологических и экспериментально-психологических показателей, отражающих характеристику невротических состояний на КЖ пациентов. Установлены

возможности улучшения КЖ больных невротическими расстройствами в процессе систематической терапии. Получены данные авторами, отражающие особенности показателей КЖ на разных этапах лечения пациентов и взаимосвязь этих особенностей с тендерными факторами на сегодняшний день является ориентировочными индикаторами для лечения больных. Показано влияние специфики копинг-стратегий и место иррациональных установок в формировании характеристик КЖ при невротических расстройствах, что в конечном итоге углубляет представления о клинико-психологических механизмах и проявлениях подобных расстройств в целом.

Качество жизни больных с невротическими расстройствами характеризуется более низкими показателями, чем у здоровых лиц, различается по ряду показателей между мужчинами и женщинами и подвергается положительной динамике в ходе терапевтического процесса.

В характеристике показателей качества жизни, предпочитаемых стратегий копинг-поведения, выраженности иррациональных убеждений и психопатологической симптоматики у мужчин и женщин, страдающих невротическими расстройствами, наряду с общими тенденциями, выявляется и ряд существенных отличий. Показатели качества жизни находятся в тесной взаимосвязи с когнитивными расстройствами, который определяет дальнейший алгоритм лечения больных с включением ноотропных препаратов.

3.3 СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Рекомендации по повышению эффективности терапии больных невротическими расстройствами включают в себя проведения организационно-терапевтических мероприятий на нескольких уровнях. На уровне учреждения рекомендуется, прежде всего, регулярно отслеживать эффективность лечения той или иной схемой, группами препаратов, конкретными лекарствами по предложенному методу. Конечным результатом является выработка наиболее оптимального набора фармацевтических средств и конкретных препаратов для лечения невротических расстройств в психиатрических учреждениях. В тех случаях, когда предлагаемые психиатрическими учреждениями наиболее эффективные методы не противоречат официальным документам рекомендовать их для применения в общесоматических учреждениях. В случаях невозможности осуществления адекватного лечения в последних, переводить больных на лечение в психиатрические учреждения.

Высокая обращаемость больных невротическими расстройствами к непрофильным специалистам приводит к неэффективной терапии, следствием чего является рост хронизации заболевания и увеличение неучтенных случаев заболеваемости. Эффективная терапия является одним из наиболее важных факторов, влияющих на распространенность психических расстройств, а наиболее эффективным методом терапии невротических расстройств является медикаментозное комплексное лечение - сочетание анксиолитиков, антидепрессантов, ноотропов, препаратов улучшающих микроциркуляцию в кровеносных сосудах.

Оценка эффективности фармакотерапии на эпидемиологическом уровне основывается на отборе эталонного метода путем исследования в когортах с последующим сопоставлением охваченности больных эталонной терапией с динамикой показателей заболеваемости.

Психопатологическая разнонаправленность невротических расстройств, составляющих астении, адинамии, фобий, нарушение сна, субдепрессия, дисфорические расстройства и тревожность, ограничивает использование лекарственных методов терапии. Однако детальное рассмотрение психофармакологических подходов при невротических расстройствах имеется лишь в единичных работах [42,43,44], что делает необходимым уточнение эффективности использования лекарственных препаратов при них.

Рост нарушений психической адаптации, после стрессовых расстройств, невротических и психосоматических состояний требует в настоящее время широкого применения безопасных и эффективных методов их профилактики и коррекции, повышения стрессоустойчивости.

Лечение невротических расстройств требует комплексного подхода, оптимально сочетающего в себе терапевтические методики трех направлений: биологического, психологического (психотерапевтического) и социального. В основе выбора методик лежит анализ как клинических особенностей психопатологического синдрома, так психологических особенностей пациента. Особую важность приобретает коррекция вегетативных нарушений. Непреходяще высокой остается роль психофармакотерапии в лечении невротических, связанных со стрессом, расстройств.

По-прежнему широко и эффективно в лечении тревожных расстройств используются бензодиазепины, особенно нового поколения. Это и альпразолам - препарат выбора для лечения панического расстройства [62], и грандаксин как вегетостабилизатор в лечении соматоформной вегетативной дисфункции [13] и некоторые другие. Тем не менее широкое и не всегда контролируемое их применение не оправдано и недостаточно для лечения НР. Прием бензодиазепинов вызывает снижение психоэнергетического потенциала, ограничивает жизненную активность пациентов. Следует учитывать часто встречающуюся коморбидность тревожных, тревожно-фобических и депрессивных расстройств и их психопатологическое

«родство». Практическая актуальность данного наблюдения в сложности дифференциальной диагностики и ограничении применения бензодиазепинов, т.к. коморбидная депрессия на фоне их приема усугубляется [26, 27, 61, 67].

Все активнее для лечения невротических, в т.ч. тревожных и соматоформных, расстройств используются антидепрессанты различной структуры и механизмов действия. Для ряда расстройств невротического уровня антидепрессанты являются препаратами выбора. Они высоко эффективны и широко используются во всем мире: пароксетин, флувоксамин, флувоксетин, циталопрам, сертралин, мirtазапи. При условии правильного подбора и дозировки препаратов их эффективность достигает 70-75% [31].

Сложности их применения могут быть связаны с наличием побочных эффектов, что ограничивает их применение у лиц с сопутствующей соматической патологией, а также увеличивает риск отказа от лечения [61]. Существенную роль в ограничении их использования играют экономические причины - относительная высокая стоимость новых психотропных препаратов и необходимость их длительного приема для достижения стабильного клинического эффекта.

Традиционным является применение в лечении НР сосудорегулирующих и ноотропных препаратов. Учитывая определенную роль в патогенезе невротических расстройств хронической гипоксии и нарушений функциональной реактивности мозговых сосудов, их применение является обоснованным. Клинически эффективен в лечении тревожных и астенических расстройств кавинтон. Кроме нормализации психопатологической симптоматики, он оказывает противоастеническое действие и препятствует хронизации тревожных и соматоформных расстройств [3].

Важная роль в лечении неврозоподобных расстройств принадлежит ноотропным препаратам [87]. Они улучшают мозговой метаболизм, усиливают интегративные процессы мозговой деятельности, повышают

устойчивость головного мозга к гипоксии и другим вредным воздействиям. Аминалон, ноотропил, энцефабол, фенибут и другие препараты используются не только в лечении невро-зоподобных и интоксикационных расстройств, но и невротических, особенно затяжных и фармако-резистентных форм тревожных и соматоформных расстройств [3].

В последние десятилетия вновь возрос интерес к биологическим способам лечения связанных со стрессом расстройств. Это обусловлено как развитием медицинской науки в области возникновения новых технологий, так и расширением представлений о самой патологии и появлением новых знаний о различных звеньях патогенеза [23, 41].

Возникновение невротических расстройств является самым актуальным синдромом как 1-го ранга психических заболеваний, который требует своевременная квалификация и коррекция. Проблема правильной диагностики и адекватной терапии невротических расстройств приобрела особое значение в последние годы. Существует определенная категория больных, страдающих невротическими расстройствами, который значительно снижает качество жизни больных, требует повторных госпитализаций и сопровождается существенными трудностями при терапии. Наличие невротических расстройств значительно снижает качества жизни индивидуумов и обуславливает возникновение серьезных экономических проблем [28,65]. По показателю качества жизни можно объяснить влияние различных психосоциальных факторов на динамику болезни.

Осевым симптомом расстройств невротического спектра является тревога, формировавшая своего рода «психопатологический фон», на котором развивались или усиливались другие симптомы непсихотических психических расстройств [19.]. При изучения симптомов невротических нарушений определено связь когнитивных нарушений с симптомами тревоги. Как отмечают G.S.Malhi и соавт. [73], симптомы тревоги могут непосредственно влиять на когнитивные функции при аффективных

расстройствах и должны быть рассмотрены при установлении причин когнитивных нарушений [28.].

Психопатологическая разнонаправленность невротических расстройств, составляющих астении, адинамии, фобий, нарушение сна, субдепрессия, дисфорические расстройства и тревожность ограничивает использование лекарственных методов терапии. Психофармакологический подход к невротическим расстройствам изучены в единичных работах, поэтому необходимо уточнение эффективности использования современных лекарственных препаратов при них является актуальным. Вышеуказанные обуславливают необходимость исследования эффективности анксиолитиков при невротических расстройствах оценивая их действия на качества жизни больных.

Цель и задачи исследования явилось изучение психопатологическую структуру и динамику невротического синдрома. Изучить показатели КЖ и оценить эффективности и безопасности анксиолитиков у больных с невротическими расстройствами.

Материалы и методы исследования. На базе Бухарском областном психоневрологическом диспансере в амбулаторных условиях было исследовано 84 больных с диагнозом невротические расстройства при F-20 (Шизотипическое расстройство с неврозоподобной симптоматикой) и F-40 (Невротические расстройства (неврозы)) по МКБ-10 в возрасте от 25 до 45 лет. В основной группе было включено 60 больных и на контрольную группу 24 больных. 10 (11,9%) больные имели высшее, 31 (36,9%) больные имели среднее специальное образование, а у 43 (51,2%) больных среднее образование. На момент обследования в браке состояли 34 (40,5%) больные, 18 (21,4%) больные были в разводе, а 20 (23,8%) больные не имели семью.

Больным проведено в ходе исследования тесты и оценочные шкалы для определения тяжести невротических расстройств, качества жизни по SF-36, оценка тревожности по Тейлору и оценка депрессии по Гамильтону. Средняя длительность заболевания в обеих групп больных составила $5,6 \pm 1,4$ лет. С

целью выявления особенностей невротических нарушений применили психологические исследования, включающие оценки тревоги, субдепрессии, ипохондричности, фобии и нарушения сна.

Результаты исследования. В этом исследовании изучались невротические расстройства. Невротические расстройства является одними из наиболее распространенных психических нарушений в зрелом возрасте. По результатам оценки невротических расстройств и по определению ведущих синдромов в пределах диагностической категории выделено два диагноза: F-20 Шизотипическое расстройство с неврозоподобной симптоматикой и F-40 Невротические расстройства (неврозы).

Основные симптомы невротических расстройств является астения, подавленное настроение, тревожность, фобии, чувства внутренней напряженности, гневливость, обсессивные расстройства, раздражительность, агрессивность и нарушение сна.

Таблица 3.3.1

Уровень выраженности невротических симптомов у больных F-20 и F-40

Симптомы	Первая группа F-20 (n=30)						Вторая группа F-40 (n=30)					
	Уровень выраженности						Уровень выраженности					
	Лёгкий		Средний		Тяжёлый		Лёгкий		Средний		Тяжёлый	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Астения	6	20,0	9	30,0	4	13,3	11	36,7	6	20,0	2	6,7
Гиперкинез	8	26,7	11	36,7	5	16,7	6	20,0	8	26,7	3	10,0
Нарушение сна	5	16,7	12	40,0	6	20,0	14	46,0	7	23,3	5	16,7
Подавленное настроение	6	20,0	12	40,0	5	16,7	12	40,0	9	30,0	3	10,0
Ипохондрия	6	20,0	9	30,0	5	16,7	10	33,3	8	26,7	7	23,3
Обсессивные расстройства	8	26,7	9	30,0	7	23,3	12	40,0	4	13,3	3	10,0
Раздражительность	9	30,0	12	40,0	6	20,0	14	46,7	9	30,0	4	13,3
Агрессивность	6	20,0	8	26,7	9	30,0	11	36,7	10	33,3	7	23,3
Фобии	9	30,0	6	20,0	5	16,7	12	40,0	8	26,7	2	6,7

У больных с диагнозом Шизотипическое расстройство с неврозоподобной симптоматикой преобладали раздражительность,

агрессивность, obsessive расстройства, подавленность настроения и фобии в тяжёлой степени выраженности. Эмоциональные расстройства легко сопрягаются с повышенной раздражительностью, агрессивностью, часто вступали в конфликт с другими больными. Подавленное настроение преобладает по утрам, пациенты недовольны окружающими, персоналом, иногда и сами собой. Астеническое расстройство было выявлено в 63,3% случаев, гиперкинез - в 80,1%, подавленное настроение, агрессивность и нарушение сна - в 76,7%, obsessive расстройства - в 80,0%. У больных с мрачно-подавленным настроением с ипохондрией можно увидеть субдепрессию и obsessive расстройства. Аффективные реакции у больных отличались неустойчивостью, истощаемостью, переключаемостью, действия совершались в состоянии ясного сознания.

У больных с диагнозом Невротические расстройства (неврозы) превалировали астения, гиперкинез и нарушение сна. Сниженный фон настроения преобладает после обеда, пациенты выглядят уставшими, недовольными, окружающими, персоналом, иногда и самими собой.

Анализ данных тестирования основных групп больных показал, что 20 (33,3%) из них оценили свое КЖ как «очень низкое». «Низкие» и «средние» оценки итогового КЖ были получены у 19 (31,7%) и 14 (23,3%) соответственно. У 7 (11,7%) пациентов показатели расположились в интервалах «хорошего» КЖ.

Таблица 3.3.2

Оценка качества жизни больных до и после лечения

Группа больных	Первая группа F-20 (n=30)		Вторая группа F-40 (n=30)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Общее состояние здоровья	54,0±1,8	58,2±1,8	69,5±1,2	73,9±0,9*
Физическая активность	62,0±1,9	68,6±1,9	73,1±2,7	83,1±0,7*
Функционирование, связанное с физическим	57,5±1,2	74,7±1,8	63,1±2,0	81,1±1,8*
Функционирование, связанное с эмоциональным	57,7±1,9	64,4±1,0	66,8±1,5	75,4±1,3*

состоянием				
Социальное функционирование	52,8±1,9	63,7±1,4	65,0±1,4	76,6±1,2*
Интенсивность боли	55,2±1,0	63,4±0,8	62,8±1,5	75,2±1,3*
Жизненная активность	56,9±0,8	62,7±0,8	64,4±1,4	74,9±1,4*
Психическое здоровье	61,3±1,0	50,7±0,8	67,5±4,6	72,2±1,4

Примечание: достоверно по сравнению до лечения * - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$.

Средний итоговый показатель КЖ в обеих группах больных составил $64,7 \pm 5,2$ баллов, что соответствовало «низкому» уровню КЖ. В группе с диагнозом Шизотипическое расстройство с неврозоподобной симптоматикой он был равен $64,5 \pm 4,7$ баллам, также соответственно «низкой» оценке КЖ; у пациентов с Невротические расстройства (неврозы) - $69,3 \pm 5,1$ баллов - приближенно к «среднему» уровню КЖ. Существенность различий между показателями была статистически достоверной $p < 0,05$.

Качество жизни больных связано с различными психосоциальными факторами: здоровье, семья, межличностные отношения, личное развитие, социоэкономический статус, материальное благополучие, социальная активность и общественное признание.

Результаты исследований показывают, что у людей, страдающих невротическими расстройствами с диагнозом Шизотипическое расстройство с неврозоподобной симптоматикой, различные психосоциальные проблемы более распространены чем больных с диагнозом Невротические расстройства (неврозы).

Средний итоговый показатель КЖ в обеих группах больных составил $76,7 \pm 5,2$ баллов, что соответствовало «низкому» уровню КЖ. В группе с диагнозом Шизотипическое расстройство с неврозоподобной симптоматикой он был равен $72,5 \pm 4,7$ баллам, также соответственно «низкой» оценке КЖ; у пациентов с Невротические расстройства (неврозы) - $78,3 \pm 5,1$ баллов - приближенно к «среднему» уровню КЖ. Оценка эмоционального статуса больных проводилась клинико-психопатологическим методом, а также при помощи шкалы Гамильтона для оценки степени выраженности депрессии

(Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) и уровень тревожности по Тейлору. Выраженность депрессии определялась по сумме баллов: 0-14 - норма; 14-17 - легкое депрессивное расстройство; 18-25- депрессивное расстройство средней степени тяжести; 25-50 - депрессивное расстройство тяжелой степени и крайне тяжелой степени.

Таблица 3.3.3

Показатели тревожности и депрессии в основной и контрольной группе

Методы оценки состояния	Первая группа F-20 (n=30)			Вторая группа F-40 (n=30)		
	Лёгкой степени	Средней степени	Тяжёлой степени	Лёгкой степени	Средней степени	Тяжёлой степени
Уровень тревожности по Тейлору	8 (5-15 балл)	12 (16-25 балл)	10 (26-45 балл)	9 (5-15 балл)	11 (16-25 балл)	11 (26-45 балл)
Уровень депрессии по Гамильтону	10 (14-17 балл)	14 (18-25 балл)	6 (25-50 балл)	8 (14-17 балл)	12 (18-25 балл)	10 (25-50 балл)

При сравнительной оценке темпа редукции отдельных симптомов обращает внимание более избирательное действие золомакса по сравнению с сибазоном на симптомы тревоги, ажитации, эмоциональная лабильность, субдепрессии, напряженность, раздражительность и бессонницу.

Для лечения больных первой группы назначено анксиолитик Золомакс (альпрозолам), а на второй группе больных назначено препарат сибазон.

В таблице отражена высокая эффективность золомакса у больных во всех невротических наущениях. В первые три недели терапии достоверно и эффективно золомакс купировал симптомы тревоги, ажитации, бессонницы, эмоциональная лабильность и обсессивно-фобических расстройств. Сибазон показал свою избирательность в отношении таких симптомов как активность, субдепрессия и астено-адинамия.

Таблица 3.3.4

Динамика невротоподобных расстройств в основной и контрольной группе в процессе лечения

Симптомы	Дни лечения	Группа больных	
		Первая группа (золомакс) (n=30)	Вторая группа (сибазон) (n=30)
Астено-адинамия	1- день	2,9±0,04	2,8±0,06
	20- день	1,8±0,05*	1,6±0,07*
	30-день	0,5±0,05**	0,9±0,05*
Эмоциональная лабильность	1- день	2,7±0,06	2,9±0,04
	20- день	1,7±0,06**	1,7±0,04**
	30-день	0,6±0,04**	0,9±0,05**
Субдепрессия	1- день	2,8±0,06	2,7±0,06
	20- день	1,5±0,04*	1,3±0,07*
	30-день	0,6±0,05**	0,9±0,05**
Обсессивно-фобические расстройства	1- день	2,8±0,06	2,9±0,04
	20- день	1,6±0,06**	1,8±0,06**
	30-день	0,7±0,05**	1,1±0,05**
Нарушение сна	1- день	2,9±0,06	3,0±0,03
	20- день	1,5±0,06**	1,8±0,06**
	30-день	0,6±0,05**	0,9±0,05**
Тревога	1- день	2,9±0,06	2,8±0,06
	20- день	1,7±0,06**	1,7±0,06**
	30-день	0,5±0,05**	0,9±0,05**
Напряженность и раздражительность	1- день	2,8±0,06	2,7±0,06
	20- день	1,7±0,06**	1,5±0,07**
	30-день	0,5±0,05**	0,8±0,05**

Примечание: достоверно по сравнению до лечения * - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$.

Различия в динамике невротических симптомов, выявляемые при лечении золомаксом в течение первых 3 недель, становились статистически достоверными. У больных с диагнозом Невротические расстройства (неврозы) неврозоподобные нарушения как нарушение сна, раздражительность и обсессивные расстройства приобретает большое значения в течении болезни. У больных с диагнозом Шизотипическое расстройство подавленное настроение, ипохондрия, агрессивность, фобии и гиперкинез является основными симптомами неврозоподобных расстройств. У всех больных выявлено существенное снижение показателей КЖ, вызванное заболеванием. Ни в одном случае не получено высокий показатель критерий качества жизни. При этом пациенты с диагнозом Шизотипическое

расстройство с невротоподобной симптоматикой имели достоверно более низкими показателями КЖ. При сравнении больных в первой группе определено более распространённые различные психосоциальные проблемы.

Результаты

При первичном осмотре пациентов с невротическими расстройствами общий уровень тревожности по шкале Гамильтона составлял $17,23 \pm 0,8$ балла, причем собственно тревожные расстройства оценивались в $12,06 \pm 0,6$ балла, соматические проявления — $4,41 \pm 0,28$ балла, нейровегетативные реакции — $3,4 \pm 0,35$ балла. При терапии золомаксом у больных выявлена позитивная обратная динамика клинической симптоматики, заключающаяся в исчезновении симптомов тревоги как невротического, так и соматического регистра, установлено выравнивание нейровегетативных проявлений, в определенной степени отражающих стабилизацию гомеостаза организма (рис. 1).

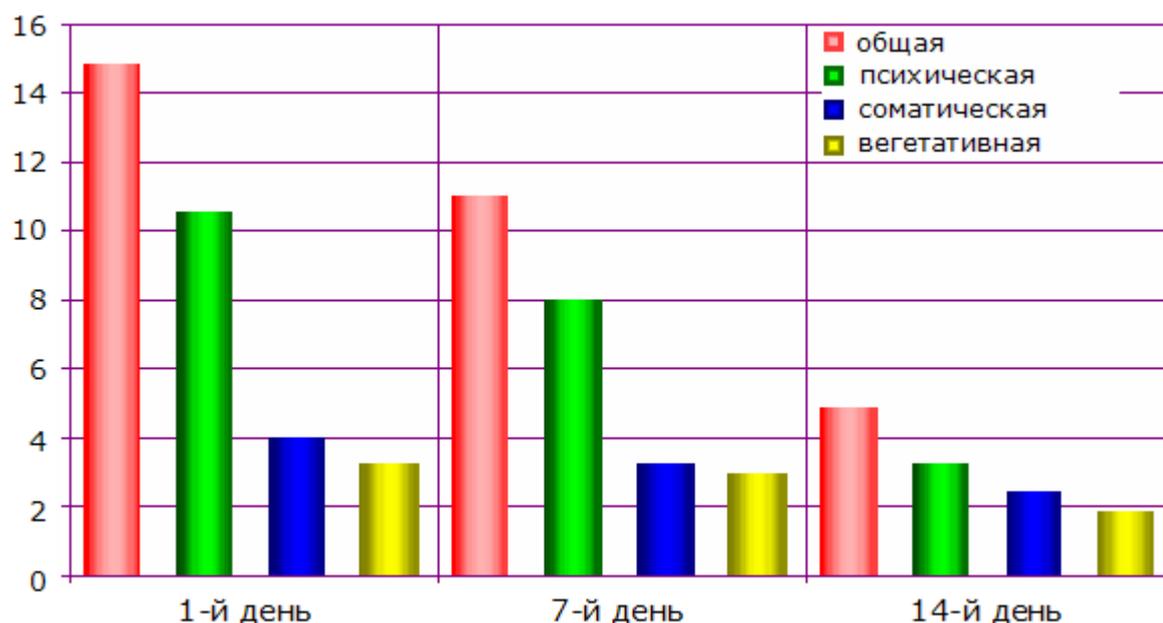


Рис. 1. Динамика симптомов тревоги у пациентов с невротическими расстройствами в процессе лечения золомаксом (альпрозаламом)

В ходе исследования определено, что к 14-му дню терапии общий уровень тревоги составлял $4,86 \pm 0,81$ балла ($P < 0,05$ при сравнении с данными при поступлении); психический компонент тревоги — $3,48 \pm 0,84$ балла; соматической тревоги — $2,3 \pm 0,63$ балла; нейровегетативной — $1,83 \pm 0,13$ балла. Таким образом, наблюдаемое клиницистами снижение общей тревоги достигается за счет снижения симптомов именно психической тревоги. Симптомы соматической и нейровегетативной тревоги имеют не столь выраженную динамику.

Терапевтическое воздействие препарата вело к снижению уровня психической, соматической и нейровегетативной тревоги, но корреляции психопатологических симптомов становились взаимосвязанными и активация одного из симптомов, вероятно, приводила бы к обострению заболевания. К третьей неделе терапии золомаксом можно отметить энергизирующее, тимолептическое воздействие в основном с седативной, анксиолитической направленностью, что является определяющим в терапии невротических расстройств.

Терапевтический спектр золомакса обнаружил высокую эффективность в отношении тревожно-фобических и, в частности, кардиофобических расстройств. Препарат снимал астенические проявления, нормализовал сон, купировал тревогу и связанные с ней симптомы, стабилизировал вегетативные проявления. К 14-му дню терапии общий уровень тревоги составлял $6,1 \pm 0,9$ балла; психический компонент тревоги — $4,2 \pm 0,8$ балла; соматической — $1,5 \pm 0,3$ балла; нейровегетативный — $0,9 \pm 0,2$ балла. Базовым отличием золомакса от других бензодиазепиновых препаратов являлось его целенаправленное

воздействие на симптомы тревоги, сердечно-сосудистые симптомы и коморбидную сердечно-сосудистую патологию.

Фармакологическое действие сибазона было связано, прежде всего, с нормотимическим, седативным действиями, а также с наличием вегетостабилизирующего эффекта. К 14-му дню терапии общий уровень тревоги составлял $6,3 \pm 0,7$ балла; психический компонент тревоги насчитывал $4,5 \pm 0,5$ балла; соматической — $1,8 \pm 0,5$ балла; нейровегетативной — $0,9 \pm 0,2$ балла. Выраженная нейровегетативная стабилизация, отсутствие сонливости и мышечной релаксации при транквилизирующем действии определяли отличие клинического эффекта данного препарата от исследуемых выше.

В клиническом плане наиболее эффективен в отношении снижения психической тревоги золомакс, менее активным оказался сибазон. Соматическую тревогу лучше снимает золомакс, незначительно отстает от него по эффективности сибазон. Золомакс и сибазон являются препаратами быстрой элиминации по этому эти препараты в организме не кумулируются.

Вывод. В процессе исследования была установлена отчетливая взаимосвязь между невротическим и когнитивными расстройствами. У больных с диагнозом Шизотипическое расстройство с неврозоподобной симптоматикой наблюдалось тяжёлое течение неврозоподобных нарушений. У больных с диагнозом Невротические расстройства (неврозы) наблюдалось лёгкое течение неврозоподобных нарушений, с характером благополучного социально-трудового функционирования, являющимся, отражением индикатором качества жизни. В ходе лечения больных с невротическими расстройствами Золомакс оказывал более выраженный эффект к окончанию курса терапии в отношении с диагнозом Шизотипическое расстройство с неврозоподобной симптоматикой. Приведенные данные позволяют принимать более обоснованное решение относительно выбора тактики терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема изучения динамики пограничных, прежде всего, невротических расстройств, имеет исключительно важное научное и практическое значение в современной психиатрической науке.

Признание большинством авторов доминирования пограничных психических расстройств в общей структуре психической патологии, обуславливает необходимость постоянного совершенствования вопросов диагностики, терапии и профилактики невротических нарушений. Длительное катамнестическое прослеживание развития невротических расстройств позволяет выявить особенности динамических изменений в состоянии пациентов, а также определить факторы, оказывающие как позитивное так и негативное влияние на видоизменение синдромов психопатологических состояний.

Принципиальным положением при изучении особенности клиники и когнитивные функции является одним из основополагающих факторов для планирования и организации специализированной медицинской помощи.

Результаты проведенного клинического исследования позволили выявить особенности невротических расстройств в общей популяции населения. В то же время, представляет безусловный интерес, изучение особенностей динамики невротических нарушений в ходе популяционных катамнестических исследований.

Результаты настоящего клинического исследования исследования распространенности, структуры и динамики невротических расстройств позволили выявить ряд закономерностей в изменении клинической картины состояний пациентов.

Социальный статус у данных больных, после заболевания, практически изменялся, появились существенные признаки социальной дезадаптации. У 81,7% больных отмечалась когнитивные расстройства разной выраженности.

Пациенты с данным легкими когнитивными расстройствами, при сохранении общей благоприятной прогностической значимости, требовали большего времени для специализированного лечения и реабилитации. В отдельных случаях у пациентов отмечались признаки определенной социальной дезадаптации некоторое снижение качества жизни. Однако, в последующем, большинство данных больных возвращалось к привычному образу жизни.

При анализе факторов, оказывающих влияние на формирование того или иного варианта регрессионного типа течения невротических расстройств, выявлено значение начального невротического синдрома. При затяжном регрессионном варианте достоверно чаще в дебюте заболевания наблюдался фобический синдром.

Следует также отметить, что пациенты с затяжным вариантом типа течения невротических расстройств, как правило, первоначально проходили обследование и лечение в общесоматических лечебных учреждениях, что в определенной степени способствовало стабилизации их состояния, но не купировало симптоматику полностью. Больные достаточно долго находились под наблюдением терапевтов, как правило, с диагнозом "сомато-вегетативная дистония". Однако, сохранение невротической симптоматики или ее рецидивирование, обуславливало в конечном итоге направление к врачу-психиатру.

Исходя из этого можно сказать что специализированная терапия начиналась не на начальном этапе заболевания, а в периоде ее максимального развития, в определенной степени, ее хронизации. В конечном итоге это обстоятельство увеличивало длительность невротического эпизода, что по всей видимости способствовало затягиванию времени редукции болезненных расстройств.

Проведенный анализ неблагоприятных факторов выявил постепенное нарастание количества негативных воздействий от двух-трех факторов при

затяжном варианте течения заболевания до пяти-шести присоединяется и когнитивные расстройства.

Сопоставление значимости манифестного синдрома внутри вариантов прогрессивного типа течения заболевания имело достоверное значение только для фобического синдрома, отличавшегося стабильностью, быстрым усилением симптоматики и формированием обсессивного типа невротического развития личности. Астенический, истерический и депрессивный синдромы сравнительно быстро теряли основную структуру проявлений симптоматики, характеризовались выраженной полиморфностью, приводили к формированию различных вариантов невротического развития личности.

В абсолютном большинстве случаев пациенты с неблагоприятными вариантами течения невротических расстройств, на начальных этапах заболевания, находились под наблюдением врачей общей практики и проходили курсы лечения в общесоматических учреждениях. Следует отметить определенное негативное отношение пациентов к консультированию и лечению в психиатрическом учреждении. В большинстве случаев лишь устойчивость симптоматики, нарастание ее интенсивности приводило к обращению больных к врачу-психиатру и тем самым началу специализированного лечения.

Таким образом, специализированная терапия, как правило, начиналась чаще всего при формировании устойчивой, труднокурабельной клинической картины невротических расстройств, а в ряде случаев на фоне уже сформировавшегося невротического развития личности.

Результаты сравнительного анализа влияния биологических и социально-демографических факторов, выявили существенное значение последних для формирования типов и вариантов течения невротических расстройств.

Наиболее благоприятное влияние оказывали факторы, характеризующие устойчивую социальную адаптацию - стабильные взаимоотношения в семье,

гармоничные типы воспитания в раннем детстве, позитивные взаимоотношения в производственном коллективе. Наличие данных факторов в значительной степени снижало негативные действия биологических неблагоприятностей (наследственная отягощенность, последствия экзогений), а также препятствовало усилению акцентуации характера.

Прогрессирующий тип течения невротических расстройств наблюдался преимущественно при сочетании негативных биологических и социально-демографических факторов, комплекс которых способствовал созданию устойчивой, труднопреодолимой психотравмирующей ситуации длившейся, как правило, годами.

Социально-демографические факторы оказывали безусловное влияние на сроки обращения больных к врачам-психиатрам. В частности, пациенты с высшим образованием, занятые в сфере деятельности умственного труда чаще обращались к психиатру, нежели больные с неполным средним образованием, занятые в сфере неквалифицированного физического труда. Больные с высшим образованием большее внимание уделяли выполнению врачебных рекомендаций в реабилитационном периоде. Практически, у таких больных, в большей степени наблюдались благоприятные исходы заболевания. В то же время отдельные социально-демографические показатели могли иметь как позитивное, так и негативное значение. В частности, влияние фактора наличия семьи у пациента определялось характером семейных взаимоотношений. При систематических конфликтах развод стабилизировал состояние больного, приводил к улучшению самочувствия, в конечном итоге к редукции симптоматики. Стремление же больного сохранить семью "во чтобы-то ни стало," при конфликтных ситуациях, приводило к усилению симптоматики, неблагоприятному ее течению.

Выявлен ряд особенностей влияния на динамику невротических расстройств этнокультуральных факторов. В обследованной популяции были

представлены основные национальные группы республики Казахстан (казахи, русские, украинцы, белорусы, немцы, татары и другие). Показатели распространенности невротических расстройств в этнических группах общей популяции городского населения было различным. Наименьший интенсивный показатель распространенности невротических расстройств был у казахов (0,82 на 1000 населения данной этнической группы).

Наибольшие различия в сравниваемых этнических группах наблюдались в характере семейных и близкородственных отношений. Традиционно, в казахской этнической группе отмечалось наличие гармоничных отношений, устойчивые связи с родственниками, психологическое восприятие собственной семьи больного как части семейной совокупности у большинства родственников. В данной этнической группе наблюдалось стремление родственников к оказанию максимальной помощи больным - не оставлять человека один на один с бедой, что в конечном итоге приводило к снижению интенсивности психотравмирующей ситуации или ее разрешению. Сохранение близкородственных отношений способствовало и реабилитации пациентов, создавая условия для сравнительно быстрого установления трудоспособности и социальной реабилитации.

Таким образом, субкультуральные традиции в казахской этнической группе оказывали позитивное влияние как на начальных, так и заключительных этапах заболевания. В целом, для казахов были характерны психо-травмирующие ситуации производственного характера, чем семейного. При этом невротические расстройства, их негативная динамика в казахской этнической группе достоверно чаще наблюдались у мужчин, что было связано с традиционной ведущей ролью мужчины в семье, стремлением их к самостоятельному разрешению всех возможных психотравмирующих ситуаций, касающихся как самого больного, так и членов семьи. При этом достоверной значимости какого-либо невротического синдрома в дебюте заболевания не выявлялось.

Распространенность невротических расстройств в общей городской популяции населения у славян составила 2,04 на 1000 населения данной этнической группы. Следует отметить, что в славянской этнической группе наиболее часто встречались психотравмирующие ситуации семейнопсихологического характера, носившие, как правило, хронический характер. В данной этнической группе достоверно чаще болели женщины.

Следует отметить, что у большинства больных с невротическими расстройствами в данной этнической группе количество родственников было незначительным, близкородственные отношения поддерживались мало или не поддерживались вообще. Для них производственные психотравмирующие ситуации были характерны в меньшей степени, чем в казахской этнической группе. Для славянской этнической группы выявлена достоверная значимость в дебюте заболевания астенического и депрессивного синдромов.

В связи с малочисленностью среди больных представителей других этнических групп они были сведены в общую группу, рассматривавшуюся нами в целом. Показатель распространенности невротических расстройств у представителей других этнических групп, в общей популяции городского населения, составил 1,6 на 1000 населения этих этнических групп. Таким образом, данная группа занимает как бы промежуточное положение, по распространенности невротических расстройств, между казахской и славянской этническими субпопуляциями. Из социально-демографических факторов у больных, представляющих другие этнические группы, достоверно чаще выявлялось неполное среднее образование. Для представителей этой группы была выявлена достоверная значимость в дебюте заболевания истерического и фобического невротических синдромов.

Таким образом, этнокультуральные факторы оказывают безусловное влияние на распространенность невротических расстройств, типы течения и, в определенной степени, на их исход. Специфика традиционных культурально-психологических взаимоотношений может иметь позитивный психотерапевтический и реабилитационный эффект. Сохранение позитивных

близкородственных отношений, психологическая направленность родных и близких на оказание помощи больным, может рассматриваться как определенная психотерапевтическая среда, в условиях которой, у пациентов, наблюдается сравнительно быстрое купирование основной симптоматики, сокращаются сроки реабилитационного периода.

Следует отметить, что результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что в большинстве случаев, обращению больных с невротическими расстройствами к врачу-психиатру, предшествует период консультирования и лечения у врачей общей практики, что в ряде случаев приводит к затягиванию начала специализированной терапии, и тем самым создает условия для формирования неблагоприятного типа течения заболевания, способствуя удлинению сроков лечения. В то же время и на заключительных этапах заболевания, при формировании невротических расстройств личности, часть больных также стремится к прохождению лечения в стационарах терапевтического профиля. При этом, они любое ухудшение психосоматического состояния трактуют как проявление соматической патологии. Практически, в структуре большинства невротических расстройств, присутствует ипохондричность. Особенности личностного реагирования таких пациентов приводят к удлинению сроков их пребывания в терапевтических стационарах, создавая в определенной степени группу "трудных больных", испытывающих субъективный эмоциональный дискомфорт вне зависимости от реального психического и соматического состояния.

Данные обстоятельства обуславливают необходимость расширения консультативной психиатрической помощи в общесоматических лечебных учреждениях, путем создания специализированных консультативных центров, разработки и внедрения специализированных циклов повышения квалификации для врачей общей практики в области пограничной психиатрии.

Выделение различных типов течения невротических расстройств и их вариантов имеет безусловное диагностическое и прогностическое значение. Количественные же показатели частоты формирования того или иного типа течения невротических расстройств способствуют оптимизации планирования и организации психиатрической помощи населению.

Совокупность выделенных негативных факторов может использоваться для выделения группы повышенного риска возникновения и неблагоприятного развития невротических расстройств, при проведении массовых профилактических, диспансерных осмотров. Результаты таких осмотров создают условия для раннего и своевременного начала специализированной терапии невротических нарушений.

Выявленный комплекс биологических и социально-демографических факторов, оказывающих положительное воздействие на динамику невротических расстройств, может быть использован для разработки и совершенствования профилактических, лечебных и реабилитационных программ.

Выделенные особенности влияния социально-демографических и этнокультуральных факторов позволяют разработать реабилитационные программы при лечении невротических расстройств, с учетом культуральных и психологических особенностей у представителей различных этнических групп населения, и тем самым способствовать повышению эффективности лечебно-профилактической помощи.

В то же время, полученные результаты, характеризующие некоторые различия в распространенности, структуре и динамике невротических расстройств у представителей различных этнических групп, позволяют говорить о возможности формирования особого направления психиатрической науки - "этнической психиатрии".

Разработка теоретических и практических основ формирующегося данного направления психиатрической науки направлена на выделение и изучение специфичности проявлений различных психических нарушений, а

также особенностей динамики невротических расстройств у разных этнических групп населения. Получение таких клинических данных позволяет совершенствовать лечебно-диагностическую работу врачей-психиатров.

Выделение "этнической психиатрии" может рассматриваться как один из этапов дальнейшей дифференциации направления научного поиска и изучения особенностей возникновения и динамики психогений у населения.

ВЫВОДЫ

1. У больных с диагнозом Шизотипическое расстройство с неврозоподобной симптоматикой наблюдалось тяжёлое течение невротических нарушений, чем у больных с диагнозом Неврозы. Невротические расстройства при пограничных психических заболеваниях характеризуется легкими когнитивными нарушениями, а при процессуальных невротических расстройствах когнитивные нарушения проявляется более выражено и трудно поддаётся к коррекцию.
2. При оценки качества жизни больных с Шизотипическими расстройствами по всем критериям качества жизни оказался низким чем у больных с неврозами. На фоне лечения показатели качества жизни достоверно высокий у больных с неврозами.
3. В ходе лечения больных с невротическими расстройствами Золомакс оказывал более выраженный эффект к окончанию курса терапии в отношении с диагнозом Шизотипическое расстройство с неврозоподобной симптоматикой. При применение Золомакса улучшение психического состояния и полного выздоровления у 70% больных с неврозами наблюдалось уже на 25 день лечения, что укорачивал дни нетрудоспособности на 16,67 %. Приведенные данные позволяют принимать более обоснованное решение относительно выбора тактики терапии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для пациентов, страдающих невротическими расстройствами, необходимо проводить психофармакотерапии не только в стационаре, но и на амбулаторном этапе.
2. В качестве профилактических мероприятий в отношении формирования невротических расстройств целесообразно проведение лечебно-реабилитационных мероприятий включая психотерапии для достижения наиболее стабильное состояние и обеспечение высокого уровня социальной адаптации.
3. Сохранение позитивных близкородственных отношений, психологическая направленность родных и близких на оказание помощи больным, может рассматриваться как определенная психотерапевтическая среда, в условиях которой, у пациентов, наблюдается сравнительно быстрое купирование основной симптоматики, сокращаются сроки реабилитационного периода.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абабков В. А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В.А.Абабков, МЛерре. СПб.: Речь, 2004. - 166 с.
2. Абабков В. А. Неврозы / В. А. Абабков. СПб., 2002. - 160с.
3. Абрамова А.А. Клинико-патогенетические подходы к терапии тревожных расстройств/Кыргыз.-*Рос. Славян. ун-т. - Бишкек, 2000. - 16с., 57].
4. Аведисова А. С. Новые проблемы психофармакотерапии / А. С. Аведисова. -М., 2006. 167 с.
5. Аведисова А. С. Подходы к оценке терапии психотропными препаратами / А. С. Аведисова // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. — № 1.-С. 3-6.
6. Авруцкий Г. Я. Лечение психически больных / Г. Я.Авруцкий, А. А. Недува. М.: Медицина, 1988. - 528 с.
7. Александров А. А. Психотерапия: Учебное пособие / А. А. Александров. СПб.: Питер, 2004. - 480 с.
8. Александровский Ю. А. Психиатрия и психофармакотерапия: избранные лекции и выступления / Ю. А. Александровский. М.: Изд. дом «ГЭОТАР-МЕД», 2004. - 430с.
9. Александровский, Ю.А. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства / Ю.А. Александровский // Психиатрия: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 525–454.
10. Александровский Ю. А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. — М., 2010. -264с.
11. Александровский Ю. А., Барденштейн Л. М., Аведисова А. С. Психофармакотерапия пограничных психических расстройств. — М. :

- ГЭОТАР Медицина, 2000. — 249 с. 11. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. Ст-Петербург: МИА 1995; 486.
12. Алешкина Г. А., Барденштейн Л. М. Острые и преходящие психотические расстройства. — Москва, МЕДПРАКТИКА-М, 2017. — 179 с.
13. Барденштейн Л. М., Можгинский Ю. Б. Патологическая агрессия подростков. — Издание второе, переработанное и дополненное. — Москва, МЕДПРАКТИКА-М, 2005. — 259 с. ISBN 5-98803-020-3
14. Барденштейн Л. М. Клиника, дифференциально-диагностические и прогностические критерии, лечебно-восстановительные мероприятия при психопатических и психопатоподобных нарушениях поведения у подростков женского пола : Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / ВНИИ общ. и судеб. психиатрии им. В. П. Сербского. — М., 1991. — 45 с.
15. Базисное руководство по психотерапии / А. Хайгл-Эверс, Ф. Хайгл, Ю. Отт, У. Рюгер. СПб.: Речь, 2001. - 784 с.
16. Бек А. Техники когнитивной психотерапии / А. Бек // Московский психотерапевтический журнал. 1996. - № 3. - С.49-68.
17. Быстрицкий А. С. Дифференциальная диагностика и лечение панических расстройств / А. С. Быстрицкий, Н.Г. Незнанов, Э.Э. Звартау // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. — 2006. — № 3. — С. 4-7.
18. Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия / В. Д. Вид, Ю. В. Попов. СПб.: Речь, 2006. - 402с.
19. Вовин Р. Я. Клинические эффекты при психофармакологическом лечении / Р. Я. Вовин // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных / под ред. Р. Я. Бовина и Г.-Е. Кюне. М.: Медицина, 1989.-Гл. 1.- С. 10-35.

20. Воловик В. М. Психофармакология и психотерапия / В. М. Воловик, В. Д. Вид // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных / под ред. Р. Я. Бовина и Г.-Е. Кюне. М.: Медицина, 1989.-Гл. 4.- С. 98-117.
21. Воробьева О. В. Алпразолам (Cassadan) в терапии панических расстройств / О. В. Воробьева, Е. П. Петрова, Г. М. Дюкова, А. Б. Данилов // Социальная и клиническая психиатрия. —1995. — № 4. С. 103— 107.
22. Воробьева О. В. Эффективность алпразолама в терапии панических расстройств / О. В. Воробьева, Е. П. Петрова, Г. М. Дюкова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1995. - № 4. - С. 913.
23. Доморацкий В. А. Краткосрочные методы психотерапии / В. А. Доморацкий. М., 2008. - 300 с.
24. Евсегнеев Р. А. Психиатрия в общей медицинской практике / Р. А. Евсегнеев. — М., 2010. 589с.
25. Какорина, Е.П. Социально значимые заболевания населения России в 2006 году: Статистические материалы / Е.П. Како-рина [и др.]. – М., 2007. – 88 с.
26. Калинин В. В. Симптоматика панического расстройства, алекситимия и эффективность терапии алпразоламом / В. В.Калинин, М. А. Засо-рина, В. М. Волошин, И. В. Козлова // Социальная и клиническая психиатрия. 1993. - № 3. - С. 100-106.
27. Калинин В. В. Современные представления о феноменологии, патогенезе и терапии тревожных состояний / В. В. Калинин, М. А. Максимова // Социальная и клиническая психиатрия. — 1993. — № 3. — С. 128-142.
28. Карлов В.А. Под ред. Голубева В.Л. Избранные лекции по неврологии. — Москва: Эйдос-медиа, 2006. — 469 с.

29. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011.].
30. Карвасарский Б. Д. Неврозы. Руководство для врачей / Б. Д. Карвасарский. М., Медицина, 1990. - 576 с.
31. Карвасарский Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский. — М., Медицина, 1985.-304 с.
32. Кассинов Г. Рационально-эмоционально-поведенческая психотерапия как метод лечения эмоциональных расстройств / Г. Кассинов // Психотерапия: от теории к практике: материалы 1 съезда Российской Психотерапевтической Ассоциации. СПб., 1995. - С. 88-98.
33. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / под ред. Б. Д. Карвасарского, Н. Г. Незнанова. СПб.: Питер, 2008. - 528 с.
34. Ковпак Д. В. Использование интегративного когнитивно-поведенческого подхода в психотерапии агорафобии / Д. В. Ковпак // Материалы конференции «Психическое здоровье. Санкт-Петербург-2000». СПб.: Изд. СПбГТУ, 2000. - С. 93-96.
35. Курпатов А. В. Системная поведенческая психотерапия в условиях стационарного лечения / А. В. Курпатов, Д. В. Ковпак // Материалы конференции «Психическое здоровье. Санкт-Петербург-2000». -СПб.: Изд. СПбГТУ, 2000. С. 86-89.
36. Лапин И. П. Личность и лекарство /. СПб.: Деан, 2001. - 416 с.
37. Лапин И. П. Плацебо и терапия / И. П. Лапин. СПб.: Лань, 2000. -223 с.
38. Лапин И. П. Плацебо-эффект и практика реабилитации психически больных / И. П. Лапин // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. М., 1969. - С. 242-356.

39. Ларенцова Л. И., Барденштейн Л. М. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психологические аспекты. Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Московский государственный медико — стоматологический университет. Кафедра педагогики и психологии, Кафедра психиатрии и наркологии. Москва, Медицинская книга, 2009. — 142 с.
40. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии / Р. МакМаллин. - СПб.: Речь, 2001.-560 с.
41. Мейер В. Методы поведенческой терапии / В. Мейер, Э. Чессер. -СПб.: Речь, 2001.-256 с.
42. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. Ст-Петербург: МИА 1995; 486.
43. Мосолов С.Н., Смулевич А.Б., Нуллер Ю.Л. и др. Клиническая эффективность и переносимость препарата паксил (пароксетин) при лечении умеренной и тяжелой депрессии. Новые достижения в терапии психических расстройств. М.: 2002; 266-278.
44. Мосолов С.Н., Вертоградова О.П., Пантелеева Г.П. и др. Профилактическая эффективность тианептина при рекуррентной депрессии с частыми обострениями. Журнал неврол и психиатрии. М.: 2004; 104: 9: 32-39.
45. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике / перевод под ред. Ю. Л. Нуллера и С. Ю. Циркина. СПб.: АДИС, 1994. - 300с.
46. Новые достижения в терапии психических заболеваний / под ред. С. Н. Мосолова. М.: ЗАО «Изд-во БИНОМ», 2002. - 622с.

47. Незнамов. Г. Г. Сравнительная характеристика терапевтического действия разных доз анксиолитика фобомотизола у больных с тревожными расстройствами / ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В. В. Закусова», М., 2018. - 14-21 с
48. Нуллер Ю. Л. Тревога и ее терапия / Ю. Л. Нуллер // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. - Т. 4, № 2. - С. 2-7.
49. Попов Ю. В. Тревожные состояния в Международной классификации психических болезней 10-го пересмотра Ю. В. Попов // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. - Т. 4, № 2. - С. 11-18.
50. Прохазка Дж. Системы психотерапии / Дж. Прохазка, Дж. Норкросс. - СПб., 2005. - 384 с.
51. Психиатрия. Клинические рекомендации / под ред. Н. Г. Незнанова. - М., 2009. - 512 с.
52. Психотерапевтическая энциклопедия. 3-е изд / под ред. Б. Д. Карвасарского. - СПб.: Питер, 2006. - 944 с.
53. Психотерапия: Учебник. 3-е изд. / под ред. Б. Д. Карвасарского. - СПб.: Питер, 2007. - 672 с.
54. Левина // Российский психиатрический журнал. — 2001. — №1. — С. 5457.
55. Соломонова С. В. Оптимальное сочетание психофармакотерапии и психотерапии как средство сокращения сроков лечения больных неврозами / С. В. Соломонова, С. В. Полторак, А. Л. Калинина // Клинические и социально-психологические аспекты качества жизни психоневрологических больных в современном обществе. Сборник тезисов научной конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 9-10 декабря 2003 г. — СПб., 2003. — С. 167-168.

56. Соломонова С.В. Применение рексетина в терапии панического расстройства / С.В. Соломонова, Н.И. Гаренкова, М.В. Фурсова, С.В. Полторац // Актуальные проблемы клинической, социальной и биологической психиатрии и наркологии. Материалы научно-практической конференции ЮФО, Ростов-на-Дону, 19-20 октября 2006 г. — Ростов-на-Дону, 2006. — С. 72-74.
57. Соломонова С.В. Применение бегоодиазепиновых анксио-литиков в комплексной терапии тревожно-фобических расстройств / С.В. Соломонова // Психоневрология в современном мире: Материалы юбилейной научной сессии, Санкт-Петербург, 14-18 мая 2007 г. — СПб., 2007, —С. 272.
58. Семке В. Я. Психогении современного общества / В. Я. Семке. -Томск, 2003.-408с.
59. Семке В. Я. Невротические пути агрессии / В. Я. Семке, Д. Г. Платонов, В. Э. Новиков. Кемерово, 2006. - 208с.
60. Сергеев Н. И. Динамика и исходы неврозов / Н. И. Сергеев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1989. - № 11. — С. 57-60.
61. Старшенбаум Г. В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия / Г. В. Старшенбаум. М., 2003. - 367 с.
62. Федоров А. П. Когнитивно-поведенческая психотерапия / А. П. Федоров. СПб.: Питер, 2002. - 334 с.
63. Франкл В. Теория и терапия неврозов / В. Франки. СПб.: Речь, 2001. -234 с.
64. Холмогорова А. Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Основные направления в современной психотерапии. М., 2000. - С. 224-268.

65. Захарова Т.Ю., Васюк Ю.А., Тимочев Н.В., Абакумов Ю.А. Оценка качества жизни в клинике внутренних болезней // Сов. Медицина. — 1991. — №6. — С. 34-38.
66. Эллис А. Гуманистическая психотерапия. Рационально-эмоциональный подход / А. Эллис. М., 2002. - 269 с.
67. Эллис А. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии / А. Эллис, У. Драйден. СПб.: Речь, 2002. - 345с. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии / И. Ялом. -СПб.: Питер, 2000. 640 с.
68. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. М., 1998. - 572 с.
69. Akiskal, H.S. A mixed state core for melancholia: an exploration in history, art and clinical science / H.S. Akiskal, K.K. Akiskal // Acta psychiatr. Scand. — 2007. — Vol. 433, Suppl. — P. 44–49.
70. Bardenstein L., Slavgorodsky Ya., Beglyankin N., Kekelidze D., Aleshkina G. Early recognition of bipolar depression // International Journal of Neuropsychopharmacology, 2016, Vol. 19, Issue Suppl 1, Pp. 21-22
71. Bardenshtein LM. The first National Handbook of Suicidology. Review. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal // Russian Journal of Psychiatry, (3):43. doi: 10.24411/1560-957X-2019-11927.
72. De Waal, M.W.M. Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care / M.W.M. De Waal [et al.] // BMC family practice. — 2008. Vol 9, № 5.
73. G.S.Malhi и соавт. [Тимуца Д.Р. Сходство и различие антиципационных механизмов при разных невротических расстройствах: к постановке проблемы // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2018. Т. L. № 3. С. 105-108

74.Montgomery S.A. Treatment of recurrent depression. WPA Bulletin on Depression 2004; 7: 26: 6-7.