

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ
СПЕЦИАЛИСТОВ

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ: ТРАДИЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Материалы Российской научной конференции
с международным участием
9 июня 2017 года, г. Ростов-на-Дону

г. Ростов-на-Дону
2017 г.

ФИЛЬМОТЕРАПИЯ В ПРОЦЕССЕ РЕАДАПТАЦИИ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВЫХ ПРОФИЛАКТОРИЯХ <i>Григорьева И.В., Кралько А.А., Шумай В.В., Ладо А.В., Сергеенко И.В.</i>	93
ПРИМЕНЕНИЕ ТКМП В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ <i>Гуцалова В.П., Митюрин О.А., Пустовет Е.Н., Лигунова Д.М.</i>	99
ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ НАБОРА ВЕСА ПРИ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ <i>Дмитриев М.Н., Дмитриева Н.С., Худина Ю.С.</i>	103
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У СТУДЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Дмитриев М.Н., Щеголева А.О., Маркова К.П., Рабаданова А.А., Никитенко Е.А.</i>	108
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВУ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ДИЗАЙНЕРСКИХ НАРКОТИКОВ <i>Дубатова И.В., Стоякин И.В., Крат К.А.</i>	112
НЕВРОТИЧЕСКИЕ И НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ РАССТРОЙСТВА <i>Жукова Д.И.</i>	118
ДЕПРЕССИИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И УРОВЕНЬ КАЛЬЦИДИОЛА В ПЛАЗМЕ КРОВИ <i>Задорожная М.С.</i>	123
ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА В НОРМЕ И ПРИ ДЕПРЕССИИ <i>Золотарева А.А.</i>	127
МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ, КАК ФОРМА ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ <i>Золотова А.Н.</i>	131
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ <i>Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Хамраев М.М.</i>	134

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Хамраев М.М.

г. Ташкент

Тревожно-фобические расстройства широко распространены среди различных групп и популяций людей во всем мире. Цифры встречаемости этих расстройств среди населения колеблются от 0,6 до 2,7% [2]. Соотношение мужчин и женщин, страдающих тревожно-фобическими расстройствами, составляет примерно 1:4. Тревожно-фобические расстройства имеют под собой серьезную генетическую основу: страдающие агорафобией имеют до 20% родственников с подобным расстройством, а для генерализованных тревожных расстройств характерна конкордантность 50% у однояйцевых и 15% у разнояйцевых близнецов [1].

Для тревожно-фобических расстройств невротического уровня характерны функциональные нарушения, требующие проведения дифференциальной диагностики с использованием мультидисциплинарного подхода, включающего данные различных медицинских специальностей (терапия, кардиология, гастроэнтерология, неврология и др.) и параклинических дисциплин (психология, физиология, гигиена и т.д.) [4]. Это касается, прежде всего, заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, хронических неспецифических болезней органов дыхания, эндокринных расстройств, при которых сложные взаимодействия неблагоприятных психических и соматических факторов способствуют формированию невротических расстройств, вызывающих нарушения механизмов социально-психологической адаптации. Тревожно-фобические реакции дезадаптации часто проявляются на фоне хронических соматических заболеваний. При этом заболевание представляет собой коморбидное расстройство, когда на фоне соматической патологии возникает невротическая симптоматика. Ухудшение психического состояния больного, усугубляющее его соматическое состояние, заметно снижает толерантность к стрессу. При этом отмечается так называемая «послестрессовая психосоматическая беззащитность», вызывающая повышение чувствительности к любым раздражителям внешней среды после перенесенного стресса [3].

Цель исследования. Исследовать типологическую структуру тревожно-фобических расстройств невротического уровня.

Материал и методы исследования. В ходе исследования нами было обследовано 38 пациентов с тревожно-фобическими расстройствами в психиатрическом отделении Городской клинической психиатрической больницы

г.Ташкента. Из них 26 женщин (68,4%) и 12 мужчин (31,6%) в возрасте от 18 до 45 лет. Отбор больных проводился согласно критериям МКБ-10 F40 Фобические тревожные расстройства. Применялись клиничко-психопатологические, экспериментально-психологические и клиничко-статистические методы. В группу исследуемых больных не включались пациенты с психотическими расстройствами, при которых также может наблюдаться тревожно-фобическая симптоматика (шизофрения, аффективные, органические психические расстройства). На каждого больного заполнялась индивидуальная карта обследования, включавшая паспортные, социальные, клинические и клиничко-психологические показатели.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенных исследований выявлено следующее. Содержание фобических нарушений, выявленных в настоящем исследовании, включает, с одной стороны, сюжеты: темноты, высоты, глубины, мистическими сюжетами. С другой стороны, фабула фобий заимствует информацию, доступную больному о катастрофах (техногенных авариях, природных катаклизмах). В контексте клинической квалификации рассматриваемых расстройств речь идет о двух психопатологических гетерогенных категориях – монофобиях как изолированном симптомокомплексе (или даже феномене), и синдромально очерченных, клинически более полиморфных тревожно-фобических, обсессивно-фобических и других состояниях. Доля монофобий составляет 59,7% от общего числа фобических нарушений. Среди монофобий преобладает никтофобия (34,1%), тогда как на все остальные, весьма разнообразные страхи (инсекто-/зоофобии – 8,2%, акро- 6,9%, монстро – 5,6%, батео – 2,9%, лигири – и другие фобии по 0,9%) приходится в общей сложности 25,6%. В пределах второй из выделенных выше категорий – психопатологически завершенных синдромальных образований (38,9%); максимальная доля – 20,7% – приходится на социофобические состояния. В структуре этого синдрома фобии представлены страхами социального взаимодействия, причем из них около половины непосредственно связаны с ситуацией общения (зрейтофобия, боязнь собственной некомпетентности, публичных выступлений и др.). На второй позиции после социофобий (суммарно – 8%) – аффективно заряженные, ассоциированные с тревогой фабулы, связанные с представлениями о смерти, одиночестве, разлуке, потере. Агорафобические сюжеты занимают у изученных больных третье по частоте место – 7,3%; доля мизо-/нозофобий составляет 1,8% от общего числа обсуждаемых фобических фабул.

Проведенное исследование позволило выявить различия не только в сюжетном оформлении страхов, но и в их распределении в зависимости от пола пациентов. При этом у мужчин достоверно чаще, чем у женщин обнаруживались изолированные страхи (одиночества), а также простые пространственные (высоты, глубины) и зоофобии. Указанные гендерные различия

распространялись также на ипохондрические фобии (всего 7 наблюдений – из них 5 мужчин). В то же время только у женщин отмечался страх избыточного веса – ветит-фобия. Выделены информативные признаки, определяющие структуру фобических образований и обеспечивающих их надежную психопатологическую дифференциацию. Проведен анализ клинической динамики изученных фобических нарушений для выявления прогностически значимых параметров.

В ходе исследования была выявлена патогенетическая неоднородность фобических образований. В обследованной выборке конституционально обусловленные изолированные фобии с простой конкретной фабулой, ассоциированной с природной средой и животными, выявлены у 21% больных. В отличие от других вариантов фобических образований, в этой части случаев в семьях отмечались идентичные фобические феномены («сквозные семейные симптомы»). Больные воспринимали свои опасения как реальные, естественные, мало задумывались о них вне столкновения с пугающими объектами, легко соглашались с недостаточной обоснованностью страхов (низкой вероятностью выпсть с балкона, встретиться со змеей в условиях мегаполиса). Такие изолированные фобии возникали на ранних этапах развития, не сопровождалась другими психическими расстройствами, не были связаны с эмоциональным и/или соматическим состоянием, личностными свойствами, возрастными кризисами.

Несмотря на сравнительно невысокую аффективную заряженность страха в момент столкновения с потенциально опасной ситуацией, они не предпринимали активных попыток борьбы с ней. Отсутствие связанных с такими фобиями активных жалоб отражало их низкую значимость для повседневного функционирования подростков. Батео-, акро, бронто- арахно-, офеофобии сопровождалась психологически понятным избегающим поведением, непосредственно связанным с их сюжетами.

Выбранный пациентом паттерн избегания был проявлением «прямой защиты». Даже заметное ухудшение/улучшение (вплоть до полной редукции) основной симптоматики, определявшей состояние больных, не сопровождалась существенными колебаниями интенсивности страхов. При развитии реактивных фобий большинство из них относились к «фобиям внешнего стимула/импульса». При этом вектор страха направлен в будущее, видевшееся сквозь призму актуальных фобических опасений. Избегающее поведение сопряжено с тематикой стрессора, сохранялась тенденция к пассивному уклонению от объектов и явлений, связанных с фобической фабулой.

В ряде случаев выявлялось стремление пациентов не сталкиваться не только непосредственно с источником опасений, но и уклоняться даже от мыслей о нем. Значимость и практически неизбежное столкновение с объективно неблагоприятными реальными последствиями ухода от тягостных

социальных ситуаций (прогулов, отказа от ответов на уроках, сдачи экзаменов) вытеснялись переживаниями страха собственной возможной несостоятельности, неуспешности. По мере удаления по времени от момента психогенного воздействия утрачивают свою актуальность такие расстройства, как канефобия, агорафобические феномены со страхом пользования лифтом.

Мизофобические страхи объединяли боязнь загрязнения, заражения «микробами вообще». В качестве опасных, патогенных агентов больные рассматривали чаще всего бактериальную флору, иногда частицы земли, пыль. Источники угрозы выделялись им в любых «нестерильных», «грязных» поверхностях (дверные ручки, краны, клавиши унитазов, поручни метрополитена, наружная сторона повседневной одежды).

Даже мимолетное пребывание вблизи визуально неопрятного, неаккуратного человека на улице провоцировало новый цикл мизофобических опасений и символических, но сюжетно связанных с фобической тематикой ритуалов избегания (многократное мытье рук, головы, стирка и чистка одежды).

При невозможности довести до полного завершения нелепый по сложности выполнения, требующий большого количества времени и сил ритуал, больные ощущали неодолимую потребность повторять его до тех пор, пока он «не будет выполнен правильно, так, как это необходимо». Только после этого больные ощущали некоторое подобие душевного комфорта, точнее сказать отсутствие дискомфорта.

Нозофобии у таких больных отличались чуть большей конкретностью в восприятии потенциально пугающей ситуации, однако также характеризовались особой логикой выбора определенного заболевания. Часто речь шла о практически невероятных, исходя из способа заражения, возраста, образа жизни, для данного пациента страданиях (кипридофобиях при отсутствии эпизодов интимной жизни, спидофобии – переливания крови, лечения зубов).

Предпочтительным симптомокомплексом, сосуществовавшим с фобическими нарушениями, оказался астенический (88,9% больных). Личностные аномалии сочетались с фобиями примерно у 50% больных, причем лишь у пятой части из них можно было констатировать расстройства личности, преобладающим же оказался более легкий уровень девиаций.

Примерно 12 % больных обнаруживали фобии в сочетании с аффективными расстройствами депрессивного полюса: относительно легким уровнем депрессивного аффекта, неравномерной представленностью различных компонентов депрессии с крайне незначительностью идеаторной и моторной заторможенности. Преимущественно речь шла о гипотимии с чувством снижения настроения, унынием, вялостью, равнодушием к окружающим, ангедонией при минимальной представленности

витальных расстройств. Астено-депрессивные нарушения с превалированием симптомов истощения преобладали над собственно аффективными. Панические атаки у пациентов с фобиями выявлялись в 28,6 % случаев. Для них была характерна вторичная агорафобия, возникающая после панических атак.

Выводы. Таким образом, изолированные фобии (глубины, высоты, а также страх темноты как скрытой потенциальной угрозы) наследственно детерминированы, воспринимаются больным как часть его сущности и не приводят к дезадаптации. К ним примыкают фобии природных катаклизмов, техногенных аварий и других катастрофических событий, не затрагивающих непосредственно пациента. Они имеют социогенную природу, воспринимаются как нечто абстрактное. Фобии этого круга не соотносятся с какими-либо душевными болезнями, наследственной предрасположенностью. Они изменчивы по фабуле, редко сопровождаются избегающим поведением. При фобиях, развивающихся по реактивно-невротическому механизму, стрессорная ситуация, как правило, касается непосредственно пациента. Значимую роль в их формировании играет личностная (врожденная или приобретенная) структура, а именно - выраженность сенситивного радикала, повышенная впечатлительность, неуверенность в себе, склонность к тревожным ожиданиям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Быстрицкий А. С. Дифференциальная диагностика и лечение панических расстройств / А. С. Быстрицкий, Н. Г. Незнанов, Э. Э. Звартау // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 2006. - № 3. - С. 4-7.
2. Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия / В. Д. Вид, Ю. В. Попов. СПб.: Речь, 2006. - 402с.
3. Евсегнеев Р. А. Психиатрия в общей медицинской практике / Р. А. Евсегнеев. - М., 2010. - 589 с.
4. House A. Anxiety in medical patients ABC of psychological medicine (Clinical review) / A. House, D. Stark // British Medical J. 2002. - V. 325. - P. 207-209.