

УДК 616.85-039-008.47-039.31

*Н. А. Марута, д-р мед. наук, проф., зам. директора по НИР, зав. отд. неврозов и пограничных состояний ГУ «ИНПН НАМН Украины», главный психиатр Украины, С. П. Колядко, канд. мед. наук, ст. науч. сотрудн. отд. неврозов и пограничных состояний ГУ «ИНПН НАМН Украины»  
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»  
(г. Харьков)*

## ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ)

На основе клинико-психопатологического обследования выделены и описаны различные варианты пароксизмальных состояний в структуре невротических расстройств.

Обследовано 257 пациентов с неврастенией, смешанным диссоциативным и тревожно-фобическим расстройствами, описаны их клинические особенности в зависимости от наличия или отсутствия пароксизмальных состояний. Проведен сопоставительный анализ клинических проявлений различных вариантов пароксизмальных состояний, дана их феноменология и структура. Разработана и апробирована схема дифференцированной фармакотерапии пароксизмальных состояний при невротической патологии. На основе сопоставительного анализа результатов предложенной терапии показана ее эффективность.

*Ключевые слова:* пароксизмальные состояния, неврастения, смешанные диссоциативные и тревожно-фобические расстройства, принципы терапии

Современный этап развития общества характеризуется стремительным темпом социально-экономических перемен, глобализации производственных процессов и технологических революций, что коренным образом меняет основные устои общественной жизни — экономические, профессиональные, культуральные, средовые и т. д. [1—4].\*

Такие изменения оказывают существенное влияние на психическое здоровье людей, становясь непосредственной причиной развития «пограничных» психических расстройств, среди которых преобладают невротические нарушения.

Исследования последнего десятилетия показали, что невротические расстройства под влиянием факторов патоморфоза характеризуются затяжным течением, рецидивированием, резистентностью, а также выраженными медико-социальными последствиями в виде временной и стойкой утраты трудоспособности [5, 10—12].

Клинико-психопатологический аспект проблемы отражает преобладание в клинической симптоматике невротических расстройств атипичных, сочетанных симптомокомплексов, имеющих преимущественно пароксизмальный характер. При этом показано, что пароксизмальные состояния (ПС) в структуре невротического расстройства существенно видоизменяют клиническую картину, утяжеляют течение заболевания, являются фактором резистентности к терапии и нарушению социального функционирования пациента [6—8, 12—16].

В литературе существуют единичные сведения о ПС, описываемые как клинико-психопатологический феномен, который существенно влияет на поведение человека, снижает его работоспособность, профессиональное назначение и способствует формированию специфического социального статуса. ПС в структуре невротических расстройств влияют на тяжесть течения заболевания, эффективность лечения, его исход и прогноз. Вышеизложенное ставит проблему изучения данного феномена в структуре

невротических расстройств в число наиболее актуальных, которые имеют как медицинскую, так и социальную значимость [1—4, 9].

Проблема ПС при невротических расстройствах является одной из важных и менее изученных в структуре психических заболеваний. Рассматривая патоморфоз невротических расстройств как процесс развития защитно-приспособительных реакций в крайне сложных условиях современного социума, следует подчеркнуть, что в нем значительное место занимают пароксизмальные проявления психической и физиологической активности, как особого состояния адаптивных механизмов [3, 9].

Диагностика и коррекция данной патологии имеет свои особенности и трудности, что делает необходимым изучение ее клинико-психопатологической картины и особенностей ПС, наблюдающихся в структуре невротических расстройств [5—10].

Все вышеизложенное определило цель нашего исследования — на основании клинико-психопатологического анализа клинических проявлений больных с невротическими расстройствами определить ведущие типы ПС и разработать систему медикаментозной терапии и профилактики этих состояний.

Для реализации поставленной цели было обследовано 257 пациентов, из них основную группу составили 50 пациентов с неврастенией (F 48.0), 50 — со смешанным диссоциативным расстройством (F 44.7) и 52 — с тревожно-фобическими расстройствами (F 4.0) с наличием в клинической картине ПС. Контрольную группу (105 пациентов) составили больные с невротической патологией без ПС: 40 пациентов — с неврастенией, 30 — со смешанным диссоциативным расстройством и 35 — с тревожно-фобическими расстройствами. В работе использовался клинико-психопатологический метод с анализом жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни, психического состояния, дополненный использованием «Карты-опросника психических симптомов при пароксизмальных состояниях в клинике неврозов» [5].

Клинико-психопатологическое обследование больных с различными невротическими расстройствами

позволило определить, что у **больных неврастений** в структуре астенической симптоматики чаще отмечались: нарушение сна (62,5 %), снижение настроения (93,75 %), раздражительность (86,25 %), быстрая истощаемость (68,75 %), снижение внимания (90,0 %), общая слабость (81,25 %). Также у пациентов данной группы наблюдались различного характера соматизированные проявления: головная боль (57,5 %), боли в области сердца (40,0 %), головокружения (37,5 %).

В клинической картине больных со **смешанным диссоциативным расстройством** основной симптоматика представлена эмоциональными и соматовегетативными расстройствами. Эмоциональные нарушения проявлялись в повышенной чувствительности (78,57 %), уязвимости (85,71 %), снижении настроения (97,14 %), выраженном эгоцентризме (58,57 %). Соматовегетативные нарушения характеризовались сердцебиением (44,0 %), снижением аппетита (33,0 %), тошнотой (40,0 %), удушьем (50,0 %).

У больных **тревожно-фобическими расстройствами** наблюдалось сочетание тревожной и фобической симптоматики: тревога (58,62 %), чувство беспомощности (67,81 %), волнения (48,27 %), фобии (87,35 %), паника (59,77 %), нарушения сна (68,96 %), снижение концентрации внимания (75,86 %). Соматовегетативные проявления регистрировались в виде дрожи в теле (38,64 %), потливости (28,85 %), сердцебиения (55,76 %), головокружения (51,92 %), сухости во рту (32,69 %), парестезии (32,69 %), головной (63,46 %) и сердечной (26,92 %) боли. У 93,1 % пациентов отмечалась повышенная утомляемость.

В процессе выполнения работы с использованием «Карты-опросника психических симптомов при пароксизмальных состояниях в клинике неврозов» были выделены основные симптомы, которые определяли характер ПС. Статистический анализ позволил выявить стержневые симптомы ПС при различных формах невротических расстройств, которые были положены в основу дальнейшего выделения вариантов ПС.

При **неврастении** выделены следующие ПС: депрессивное (48,0 %), эмоциональное (44,0 %), сенестопатическое (8,0 %) (критерий значимости  $r > 0,341$ , уровень значимости  $p \leq 0,05$ ) (рис. 1).

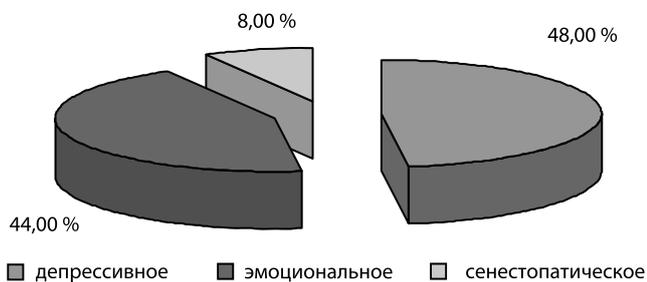


Рис. 1. Структура ПС при неврастении

Содержание **депрессивного ПС** составил стержневой симптом «апатия», который положительно коррелировал с симптомами «печаль» ( $r = 0,657$ ), «прерывистость мышления» ( $r = 0,437$ ), «тревога» ( $r = 0,423$ ), «нарушение сна» ( $r = 0,394$ ), «астения» ( $r = 0,377$ ), «навязчивые мысли» ( $r = 0,366$ ). Данное ПС

возникало на фоне пониженного настроения, чувства грусти и сопровождалось тревогой, нарушением сна, периодическими навязчивыми мыслями о своей не состоятельности, завершалось ощущением слабости (астенией). В структуре этого ПС внезапно возникали тревожные навязчивые мысли, опасения, четко связанные с самочувствием, которые имели конкретную направленность по отношению к здоровью. По окончании ПС больные, как правило, отмечали слабость, были эмоционально лабильны.

Структуру **эмоционального ПС** составил стержневой симптом «тревога», который имел положительные корреляции с симптомами «страх» ( $r = 0,657$ ), «беспокойство» ( $r = 0,518$ ), «раздражительность» ( $r = 0,508$ ). Основным проявлением ПС была тревожная симптоматика, сопровождавшаяся страхом, беспокойством, раздражительностью. Тревога имела эмоционально окрашенный характер, сочеталась со страхом различного содержания: страх смерти, страх инфаркта, инсульта, потери сознания. Во время таких состояний больные были раздраженными, у них наблюдались переживания по поводу их самочувствия, большую часть переживаний занимали мысли о нерешенных проблемах или психотравмирующих ситуациях.

Стержневым симптомом для **сенестопатического ПС** был симптом «текущей головной боли», который характеризовался положительной корреляционной связью с симптомами «снижение концентрации внимания» ( $r = 0,507$ ), «нарушение сна» ( $r = 0,390$ ), «страх» ( $r = 0,377$ ), «беспокойство» ( $r = 0,366$ ). Главным компонентом сенестопатического ПС при неврастении были тягостные ощущения в различных частях тела, сопровождающиеся когнитивными и эмоциональными нарушениями в виде страха и беспокойства. Структуру этого ПС составляла весьма очерченная картина в виде внезапной головной боли, головокружения, ощущения жара, холода, боли в грудной клетке, животе. Сенестопатические проявления сопровождалась тревожно-фобической симптоматикой, нарушениями сна. Больные отмечали «туман в голове», снижение концентрации внимания. Наблюдались ипохондрические эквиваленты в виде фиксации на состоянии здоровья, эмоциональной переоценки имеющихся ощущений, отмечавшиеся и в период между приступами.

При **смешанном диссоциативном расстройстве** были выделены такие ПС: тревожное (58,0 %), эмоциональное (18,0 %), сенестопатическое (14,0 %), двигательное (10,0 %) (критерий значимости  $r > 0,3099$ , уровень значимости  $p \leq 0,05$ ) (рис. 2).

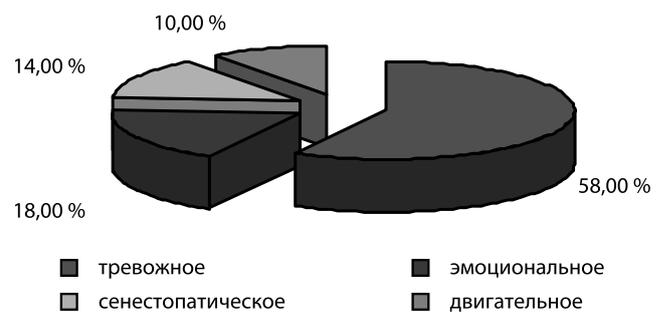


Рис. 2. Структура ПС при смешанном диссоциативном расстройстве

Содержание **тревожного ПС** составил стержневой симптом «тревога», который коррелировал с симптомом «страх» ( $r = 0,606$ ), «навязчивые состояния» ( $r = 0,525$ ), «сердцебиение» ( $r = 0,387$ ), «снижение концентрации внимания» ( $r = 0,327$ ) и «нарушение сна» ( $r = 0,322$ ). В структуре ПС основное место принадлежало эмоциональному возбуждению в виде обострения тревоги, которая сочеталась с фобиями, сопровождалась сердцебиением, нарушениями сна и снижением концентрации внимания. В поведении больных отмечались демонстративность, колебания настроения, однако сохранялась способность к переключению и реагированию на другие раздражители. Данное ПС сопровождалось соматовегетативными проявлениями: тахикардией, тошнотой, болями в области сердца, желудочно-кишечным дискомфортом. В структуре данных ПС наблюдались выраженные соматовегетативные проявления.

Основу **сенестопатического ПС** составлял стержневой симптом «внутренняя дрожь», который имел положительную корреляцию с симптомами «паника» ( $r = 0,564$ ), «страх» ( $r = 0,561$ ), «раздражительность» ( $r = 0,514$ ), «слабость» ( $r = 0,393$ ), «головокружение» ( $r = 0,387$ ). При смешанном диссоциативном расстройстве главным компонентом сенестопатического ПС были парестезии, которые сопровождались эмоциональными реакциями паники, страха, раздражительности и завершались слабостью, у больного отмечалась фиксированность на функционировании внутренних органов, больные были убеждены в тяжести своего состояния.

Для **эмоционального ПС** стержневым симптомом был симптом «раздражительность», который положительно коррелировал с симптомами «тревога» ( $r = 0,606$ ), «колебания настроения» ( $r = 0,497$ ), «снижение концентрации внимания» ( $r = 0,468$ ) и «двигательное беспокойство» ( $r = 0,393$ ). Главное отличие данного ПС — наличие кратковременных вспышек раздражительности, эмоциональной лабильности, сопровождавшихся тревожными переживаниями, снижением концентрации внимания, двигательным беспокойством, суетливостью. Фабула переживаний больного была направлена преимущественно на собственное благополучие.

**Двигательное ПС** в своей структуре имело стержневой симптом «страх». При изучении корреляции этого симптома установлена положительная связь с симптомами «тревога» ( $r = 0,606$ ), «двигательное беспокойство» ( $r = 0,564$ ), «паника» ( $r = 0,525$ ), «сердцебиение» ( $r = 0,402$ ), «нарушение речи» ( $r = 0,387$ ). Это ПС отличалось тем, что на фоне фобической симптоматики регистрировались различные проявления нарушений двигательной активности. Больные ощущали двигательное беспокойство, ускорялся темп речи. Данные симптомы этого состояния носили демонстративный характер, усиливались при появлении значимого для них лица (врача, родственника, сотрудника). Больные ощущали тревогу, внутреннюю дрожь, сопровождающуюся паникой, сердцебиением.

При **тревожно-фобическом расстройстве** выделены следующие варианты ПС: тревожно-фобическое (48,07 %), тревожно-сенестопатическое (32,69 %), когнитивно-фобическое (19,23 %) (критерий значимости  $r > 0,336$ , уровень значимости  $p \leq 0,05$ ) (рис. 3).

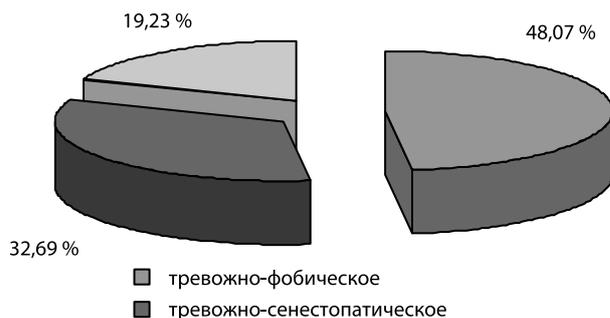


Рис. 3. Структура ПС при тревожно-фобических расстройствах

Содержание **тревожно-фобического ПС** составил стержневой симптом «страх». Определены положительные корреляционные связи между стержневым симптомом «страх» и симптомами «навязчивые мысли» ( $r = 0,544$ ), «тревога» ( $r = 0,495$ ), «внутренняя дрожь» ( $r = 0,489$ ), «сердцебиение» ( $r = 0,478$ ). Данное ПС характеризовалось тревожной симптоматикой, сопровождавшейся соматовегетативными проявлениями в виде внутренней дрожи и сердцебиения, навязчивыми мыслями относительно самостоятельного передвижения (выход на улицу, поездка в транспорте и т. д.). Эти состояния легко провоцировались различными внешними факторами, однако могли возникать и самостоятельно.

**Тревожно-сенестопатическое ПС** характеризовалось наличием стержневого симптома «сердцебиение». В его структуре также выделены положительные корреляционные связи стержневого симптома «сердцебиение» с симптомами «тревога» ( $r = 0,576$ ), «головокружение» ( $r = 0,531$ ), «чувство жара» ( $r = 0,495$ ). Данное ПС характеризовалось различными соматовегетативными проявлениями: ощущением жара, болями в области сердца, головокружением, онемением конечностей. ПС сопровождалось тревожной симптоматикой, что усиливало проявления основных симптомов. Отмечались колебания настроения, поведение периодически характеризовалось ажитацией. Во время приступа больные были беспомощны, с трудом концентрировали внимание, их речь была ускоренной.

Стержневой симптом «навязчивые мысли» был характерен для **когнитивно-фобического ПС**, он положительно коррелировал с симптомами «страх» ( $r = 0,544$ ), «волнение» ( $r = 0,531$ ), «прерывистость мышления» ( $r = 0,489$ ), «навязчивые воспоминания» ( $r = 0,465$ ). Данное ПС характеризовалось преобладанием страхов разной фабулы, которые были эмоционально окрашенными и часто носили витальный оттенок: страх смерти, инсульта, потери сознания, онкологического заболевания. В структуре пароксизма наблюдались состояния, сопровождавшиеся волнением, внутренним напряжением, чувством ожидания катастрофы. Отмечались когнитивные нарушения в виде снижения концентрации внимания, воспоминаний. По окончании ПС больные отмечали слабость, сонливость.

В клинической картине невротических расстройств выделены основные психопатологические синдромы. Так, при **неврастении** ведущими были

тревожно-астенический (52,0 % пациентов основной и 20,0 % пациентов контрольной группы), астено-депрессивный (22,0 % пациентов основной и 42,5 % пациентов контрольной группы), астенический (18,0 % пациентов основной и 32,5 % пациентов контрольной группы) и астено-сенестопатический (8,0 % пациентов основной и 5,0 % пациентов контрольной группы). В процессе исследования определены корреляции между ведущими синдромами и ПС, которые наблюдались в их структуре у пациентов с неврастением основной группы. При этом были выделены ПС, связанные с соответствующими синдромами (критерий значимости  $r > 0,341$ , уровень значимости  $p \leq 0,05$ ): при астено-депрессивном синдроме — депрессивное ПС ( $r = 0,6572$ ), при астено-сенестопатическом — эмоциональное ПС ( $r = 0,518$ ) и сенестопатическое ПС ( $r = 0,377$ ), при астеническом синдроме — депрессивное ПС ( $r = 0,423$ ), при тревожно-астеническом синдроме — эмоциональное ПС ( $r = 0,507$ ).

У больных со смешанным диссоциативным расстройством регистрировались следующие синдромы: тревожно-фобический (44,0 % пациентов основной и 26,6 % пациентов контрольной группы), тревожно-депрессивный (32,0 % пациентов основной и 16,6 % больных контрольной группы), ипохондрический (14,0 % пациентов основной и 30,0 % пациентов контрольной группы) и тревожно-ипохондрический (10,0 % пациентов основной и 26,66 % пациентов контрольной группы). Определена значимая связь между ведущими синдромами и ПС, которые наблюдались в их структуре, у пациентов основной группы со смешанным диссоциативным расстройством (критерий значимости  $r > 0,309$ , уровень значимости  $p \leq 0,05$ ): в структуре тревожно-фобического синдрома преобладали двигательное ПС ( $r = 0,327$ ) и тревожное ПС ( $r = 0,606$ ), при тревожно-депрессивном синдроме — эмоциональное ПС ( $r = 0,432$ ) и тревожное ПС ( $r = 0,564$ ), при тревожно-ипохондрическом синдроме — тревожное ПС ( $r = 0,606$ ), при ипохондрическом синдроме — сенестопатическое ПС ( $r = 0,387$ ).

У больных тревожно-фобическим расстройством основными синдромами были: тревожно-сенестопатический (46,15 % пациентов основной и 42,86 % пациентов контрольной группы) и тревожно-фобический синдромы (53,85 % пациентов основной и 57,14 % пациентов контрольной группы). В процессе исследования у больных тревожно-фобическим расстройством выявлена достоверная связь между ведущими синдромами и ПС в их структуре (критерий значимости  $r > 0,336$ , уровень значимости  $p \leq 0,05$ ): при тревожно-сенестопатическом синдроме преобладали тревожно-сенестопатическое ПС ( $r = 0,489$ ) и тревожно-фобическое ПС ( $r = 0,531$ ), при тревожно-фобическом синдроме — тревожно-фобическое ПС ( $r = 0,544$ ) и когнитивно-фобическое ПС ( $r = 0,465$ ).

Основываясь на клиничко-психопатологическом анализе ПС при различных формах невротической патологии, нами была разработана и апробирована дифференциальная система терапии указанных состояний.

Основой разработанной системы явилось сочетание фармако- и психотерапии.

Этиопатогенетические воздействия реализовались с помощью психотерапии, основными формами которой были групповая психотерапия (Карвасарский Б. Д.,

1999), когнитивно-бихевиоральная психотерапия (Beck A. T.) и рациональная психотерапия (Дюбуа П., 1912) [12]. Особое значение в терапии ПС имела когнитивно-бихевиоральная психотерапия (техники десенсибилизации, преодоления тревоги, переработки травмирующих переживаний).

Фармакотерапию невротических расстройств с ПС проводили дифференцированно, с использованием антидепрессантов, антиконвульсантов, нейролептиков и транквилизаторов.

При депрессивном варианте ПС применяли комбинацию антидепрессантов группы МТ<sub>1</sub>- и МТ<sub>2</sub>-агонистов, 5-НТ<sub>2</sub>-антагонистов (агомелатин 25—50 мг/сут) и антиконвульсантов (карбамазепин 200—300 мг/сут).

Коррекцию тревожно-фобического ПС проводили также с помощью сочетанного применения антидепрессантов (группы СИОЗС — пароксетин 20—40 мг/сут) и антиконвульсантов (ламиктал 100 мг/сут).

Для коррекции тревожного варианта ПС применяли комбинацию антидепрессантов из группы СИОЗС (пароксетин 20—40 мг/сут) и нейролептиков из группы производных тioxантена — хлорпротиксен до 50 мг/сут.

При тревожно-сенестопатическом и сенестопатическом варианте ПС использовали сочетание антидепрессантов группы L<sub>2</sub>адренергических агонистов, 5-НТ<sub>2</sub>-антагонистов (миртазапин 30 мг/сут) и антиконвульсантов (карбамазепин 200—300 мг/сут).

Коррекция когнитивно-фобического ПС проводилась с помощью комплексного применения антидепрессантов (кломипрамин до 50 мг/сут), антиконвульсантов (депакин до 300 мг/сут) и «малых» нейролептиков (тиоридазин до 75 мг/сут).

При двигательном варианте ПС ведущее место в фармакотерапии принадлежало «малым» нейролептикам (тиоридазин до 75 мг/сут).

При недостаточной эффективности вышеперечисленных средств в первые дни лечения назначали транквилизаторы (сибазон до 15 мг/сут) коротким курсом (7—10 дней).

В процессе лечения больных невротическими расстройствами, в структуре которых наблюдались ПС, проводилась оценка эффективности разработанной системы терапии. Для оценки эффективности этой системы больные с ПС были разделены на две группы: первая группа больных получала терапию, основанную на разработанных принципах (80 больных), вторая — традиционную (общепринятую) — 80 больных (рис. 4).

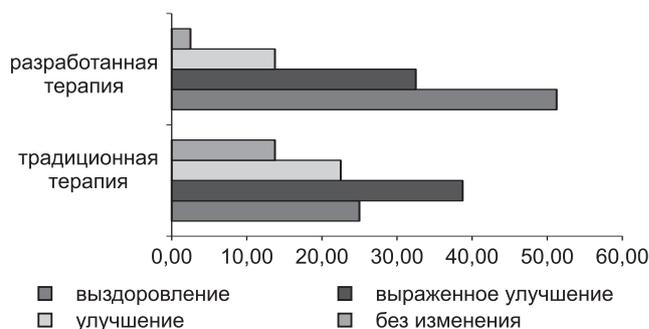


Рис. 4. Результаты лечения больных с ПС, получавшие традиционную и разработанную в процессе исследования терапию

Как показали результаты исследования, при лечении больных с ПС в структуре невротических расстройств с использованием разработанной нами системы терапии «выздоровление» наблюдалось у 51,25 % больных, «значительное улучшение» — у 32,50 %, «улучшение» — у 13,75 % и «без изменений» — у 2,5 %. В группе сравнения эти показатели были следующими: «выздоровление» наблюдалось у 25,00 % больных, «значительное улучшение» — у 38,75 %, «улучшение» — 22,5 % и «без изменений» — 13,75 %. Полученные результаты свидетельствуют о том, что лечебный эффект у больных первой группы был значимо выше, чем во второй: в первой группе преобладали «выздоровевшие», а во второй — достигшие «улучшения» и оставшиеся в состоянии «без изменения» клинико-психопатологических проявлений невротического расстройства с ПС.

Также был проведен анализ эффективности разработанной терапии в отношении клинико-психо-

патологических проявлений самих ПС, выявленных в процессе исследования, в структуре изучавшихся невротических расстройств (таблица).

Так, в первой группе больных, получавших лечение по разработанной схеме, показатели выздоровления были достоверно выше при следующих ПС: депрессивное (63,63 %), тревожно-фобическое (77,77 %), эмоциональное (66,66 %), тревожное (70,00 %) и когнитивно-фобическое (50,00 %). Интересным является тот факт, что больные с ПС, в клинической картине которых преобладала тревожная и фобическая симптоматика, реагировали на терапию лучше, в отличие от больных с ПС, у которых доминировали сенестопатические и двигательные проявления. Больные обеих групп с тревожно-сенестопатическим и сенестопатическим ПС не оценивали свое состояние как «выздоровление», а определяли его как «выраженное улучшение»: в 55,55 % случаев при тревожно-сенестопатическом ПС и в 60,00 % случаев — при сенестопатическом ПС.

Оценка эффективности терапии в зависимости от ведущих типов ПС ( $M \pm m \%$ )

Пароксизмальное состояние	Исследуемые группы	Выздоровление	Выраженное улучшение	Улучшение	Без изменений
Депрессивное	Первая	63,63 ± 5,30*	27,28 ± 4,19	9,09 ± 4,19	—
	Вторая	27,27 ± 5,05	45,45 ± 5,56*	27,28 ± 5,05	—
Тревожно-фобическое	Первая	77,77 ± 4,84*	16,66 ± 4,19	5,56 ± 3,69	—
	Вторая	38,88 ± 5,60	44,44 ± 5,60*	11,11 ± 3,23	5,57 ± 3,23
Тревожное	Первая	70,00 ± 4,50*	30,00 ± 4,50	—	—
	Вторая	30,00 ± 5,60	40,00 ± 5,19	20,00 ± 4,73	10,00 ± 2,99
Тревожно-сенестопатическое	Первая	—	55,55 ± 5,51	33,33 ± 5,27*	11,12 ± 5,27
	Вторая	—	33,33 ± 5,27	44,44 ± 5,51*	22,23 ± 5,51
Сенестопатическое	Первая	—	60,00 ± 5,51	20,00 ± 4,50	20,00 ± 4,50
	Вторая	—	40,00 ± 5,30	—	60,00 ± 5,30
Двигательное	Первая	37,5 ± 5,44	37,5 ± 5,44	25,00 ± 4,84	—
	Вторая	25,00 ± 5,05	25,00 ± 5,08	25,00 ± 5,05	25,00 ± 3,93
Эмоциональное	Первая	66,66 ± 5,27*	22,22 ± 3,45*	11,12 ± 2,99	—
	Вторая	33,33 ± 5,27*	44,45 ± 5,62*	11,11 ± 3,37	11,11 ± 3,37
Когнитивно-фобическое	Первая	50,00 ± 5,59*	25,00 ± 2,87	25,00 ± 5,05	—
	Вторая	25,00 ± 4,19*	25,00 ± 5,30	50,0 ± 5,62	—

\* — достоверные различия между первой и второй группами ( $p < 0,05$ )

Среди больных второй группы, получавших традиционную терапию, преобладали пациенты, оценивавшие свое состояние как «выраженное улучшение» по сравнению с предыдущим критерием («выздоровление») ( $p < 0,05$ ). Также было отмечено, что больных, оценивавших свое состояние как «улучшение», в первой группе было достоверно меньше, чем во второй, что подтверждает эффективность предложенной терапии ( $p < 0,05$ ). Наиболее высокие показатели «улучшения» отмечались у больных с когнитивно-фобическим ПС (25,00 % в первой и 50,00 % во второй группах) и двигательным ПС (по 25,00 % в каждой группе). «Без изменения» свое состояние оценивали, в основном, больные второй группы с тревожно-сенестопатическим (22,23 %), сенестопатическим (60,00 %), двигательным (25,00 %), эмоциональным

(11,11 %) и тревожным (10,00 %) ПС. В основной группе среди лиц, оценивавших свое состояние «без изменения», были пациенты с тревожно-сенестопатическим (11,12 %) и сенестопатическим (20,00 %) ПС.

Полученные данные свидетельствуют о специфике реагирования каждого больного с ПС на терапевтические воздействия, что во многом зависит от содержания самого ПС, а также о более выраженном эффекте терапии, разработанной с учетом клинико-психопатологических особенностей ПС больных с невротическими расстройствами.

По данным 2-летнего катамнеза у 85,0 % больных сохранялось состояние выздоровления и выраженного улучшения. 11,25 % больных повторно обратились за помощью, обострение состояния связывали с перенесенными острыми психотравмирующими

ситуаціями, причем у 7,5 % больных возобновились в клинической картине ПС.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что клиническая картина современных невротических расстройств характеризуется многообразием ПС, детальный анализ феноменологии которых обеспечивает индивидуализацию терапевтических подходов и высокую эффективность проводимых лечебных мероприятий.

#### Список литературы

1. Александровский, Ю. А. Проблемы специфичности непсихотических психических расстройств: клинико-психопатологический и клинико-фармакологический анализ / Ю. А. Александровский // Российский психиатрический журнал. — 2008. — № 5. — С. 28—39.
2. Абрамов, В. А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: руководство для врачей-психиатров, психологов и социальных работников / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. — Донецк: Каштан, 2006. — 268 с.
3. Бехтерева, Н. П. Магия мозга и лабиринты жизни / Н. П. Бехтерева. — М.: АСТ; СПб.: Сова, 2007. — 383 с.
4. Дюкова, Г. М. Пароксизмальные состояния при неврозах / Г. М. Дюкова, Х. Г. Алиева, Н. Б. Хаспекова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1989. — Т. 89, вып. 11. — С. 12—17.
5. Карта-опитувальник психічних симптомів при пароксизмальних станах в клініці невротичних розладів: Свідчення про реєстрацію авторського права на твір / Н. О. Марута, С. П. Колядко; № 13945. — 22.08.05.
6. Коханов, В. П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций / В. П. Коханов, В. Н. Краснов. — М.: Практическая медицина, 2008. — 448 с.
7. Краснов, В. Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии / В. Н. Краснов //

Социальная и клиническая психиатрия. — М., 2008. — Т. 18, вып. 3. — С. 33—38.

8. Мартыненко, Н. В. Клинико-эпидемиологические исследования распространенности непсихотических психических расстройств среди населения Украины / Н. В. Мартыненко // Архів психіатрії. — К., 2008. — Т. 12, вип. 1—4 (44—47). — С. 56—58.

9. Марута, Н. А. Концепция универсальной роли пароксизмального мозга в механизмах переходных состояний при невротических расстройствах / Н. А. Марута, С. П. Колядко, Т. М. Воробьева // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2006. — № 1 (9). — С. 10—13.

10. Марута, Н. А. Современные агорафобии: клиника, диагностика, терапия: монография / Н. А. Марута, М. В. Данилова. — Харьков: РИФ «Арсис» ЛТД, 2006. — 176 с.

11. Марута, Н. О. Особенности диагностики та терапії тривожних розладів невротичного та органічного генезу / Н. О. Марута, Т. В. Панько // Український вісник психоневрології. — 2013. — Том 21, вип. 1 (74). — С. 75—83.

12. Михайлов, Б. В. Психодинамическая психотерапия: клиническое руководство с основами современных направлений психотерапии / Б. В. Михайлов, М. П. Боро, Р. Краузе; под ред. проф. Б. В. Михайлова, проф. М. П. Боро. — Донецк: Каштан, 2009. — 422 с.

13. Jiang, W. Prognostic value of anxiety and depression in patients with chronic heart failure / [W. Jiang et al.] // Circulation. — 2004. — Vol. 110. — P. 3452—3456.

14. Linden, M. Workplace-related anxiety and workplace phobia / M. Linden, B. Muschalla // Book of Abstracts of XIV World Congress of Psychiatry. — Prague, 2008. — P. 244.

15. Traumatic memories: Bridging the gap between functional neuroimaging and psychotherapy / [J. F. P. Peres, A. McFarlane, A. G. Nasello, Kathryn A. Moores] // Austral. And N. Z. J. Psych. — 2008. — V. 42. — № 6. — P. 478—488.

16. Samvel Jeshmaridian. Stress, personality, and psychosomatic disorders // III World Congress of Psychiatry. — Cairo, September 10—15, 2005, Egypt. — P. 385.

Надійшла до редакції 19.06.2013 р.

**Н. О. Марута, С. П. Колядко**

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (м. Харків)*

#### **Пароксизмальні стани при невротичних розладах (клініко-психопатологічна структура та принципи терапії)**

На основі клініко-психопатологічного обстеження виділені й описані різні варіанти пароксизмальних станів у структурі невротичних розладів.

Обстежено 257 пацієнтів з неврастенією, змішаним диссоціативним та тривожно-фобічним розладами, описані їх клінічні особливості залежно від наявності або відсутності пароксизмальних станів. Проведено порівняльний аналіз клінічних проявів різних варіантів пароксизмальних станів, дана їх феноменологія і структура. Розроблено й апробовано схему диференційованої фармакотерапії пароксизмальних станів при невротичній патології. На основі порівняльного аналізу результатів запропонованої терапії показана її ефективність.

**Ключові слова:** пароксизмальні стани, неврастенія, змішані диссоціативні і тривожно-фобічні розлади, принципи терапії.

**N. A. Maruta, S. P. Kolyadko**

*State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology  
of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)*

#### **Paroxysmal states in neurotic disorders (clinical and psychopathological structure and principles of therapy)**

On the basis of clinical and psychopathological examination there were identified and described various kinds of paroxysmal states in the structure of neurotic disorders.

There were examined 257 patients with neurasthenia, mixed dissociative and anxiety and phobic disorders, there were described their clinical features, depending on the presence or absence of paroxysmal states. It was conducted a comparative analysis of the clinical presentation of different kinds of paroxysmal states, it was given their phenomenology and structure. There was developed and tested a scheme of the differentiated pharmacotherapy of paroxysmal states at neurotic pathology. On the basis of a comparative analysis of the results of proposed therapy its effectiveness was shown.

**Keywords:** paroxysmal states, neurasthenia, mixed dissociative and anxiety and phobic disorders, principles of therapy.