

ISSN 1810-3111

# СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

## Постоянные рубрики:

Трибуна редактора

Теоретические исследования

Практическая психиатрия

Практическая наркология

Детско-подростковая психиатрия

Психосоматические расстройства

Психотерапия и медицинская психология

Психофармакотерапия

Превентивная психиатрия

Краткие сообщения

Юбилеи

2008. № 1 (48).

Научно-практическое издание

## К ЧИТАТЕЛЯМ «СИБИРСКОГО ВЕСТНИКА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ»

*Дорогие читатели!*

*Журнал «Сибирский вестник психиатрии и наркологии» объединяет усилия ученых и практиков в решении концептуальных проблем охраны индивидуального и общественного психического здоровья. основополагающим моментом в этом процессе является интеграция теоретических и клинических исследований, направленных на познание фундаментальных закономерностей формирования психических расстройств и развитие практической психиатрии на региональном и федеральном уровнях.*

*Желаю гостям и организаторам Второй Всероссийской конференции с международным участием «Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии» плодотворных дискуссий в обсуждении актуальных проблем биологической психиатрической науки, а редколлегии журнала расширить список талантливых авторов публикаций, посвященных фундаментальным и прикладным аспектам психиатрии и наркологии.*

Заместитель Председателя Сибирского  
отделения Российской академии медицинских  
наук



академик РАН  
Л. И. Афтanas

# СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Богатство России прирастать будет Сибирью...

*М. В. Ломоносов*

Без всякого ложного чувства, без всякого страха быть обвиненным в предвзятости, в пристрастии к избранной специальности можно определенно сказать, что психиатрия имеет полное и законное право на очень пристальное внимание со стороны каждого врача.

*П. Б. Ганнушкин*

## НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ 2 0 0 8. № 1 (48).

### Учредители:

Российская Академия медицинских наук  
Сибирское отделение  
Томский научный центр СО РАМН  
ГУ НИИ психического здоровья  
Администрация Томской области  
Управление здравоохранения  
Ассоциация «Здравоохранение Сибири»  
Томское научно-учебно-практическое  
объединение психиатров и наркологов

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

академик РАМН **В. Я. Семке**  
(главный редактор)  
профессор **Н. А. Бохан**  
(заместитель главного редактора)  
канд. мед. наук **Л. А. Степанова**  
(ответственный секретарь)  
**И. А. Зеленская** (редактор)  
профессор **М. М. Аксенов**  
докт. мед. наук **С. А. Алтынбеков**  
докт. мед. наук **И. А. Артемьев**  
профессор **П. П. Балашов**  
докт. мед. наук **М. Ф. Белокрылова**  
профессор **Т. П. Ветлугина**  
профессор **Н. В. Говорин**  
докт. мед. наук **С. А. Иванова**  
профессор **А. Л. Катков**  
профессор **А. А. Корнилов**  
докт. мед. наук **И. Е. Куприянова**  
докт. мед. наук **А. И. Мандель**  
докт. мед. наук **Л. Д. Рахмазова**  
профессор **М. И. Рыбалко**  
профессор **А. М. Селедцов**  
профессор **А. В. Семке**  
докт. мед. наук **Е. Д. Счастный**  
профессор **И. Г. Ульянов**

### При участии:

Владивостокского филиала ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН и Сибирского государственного медицинского университета

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

<b>А. П. Агарков</b>	Томск
<b>Л. И. Афтанас</b>	Новосибирск
<b>А. С. Бобров</b>	Иркутск
<b>Т. Б. Дмитриева</b>	Москва
<b>В. Л. Дресвянников</b>	Новосибирск
<b>Г. В. Залевский</b>	Томск
<b>Н. Н. Иванец</b>	Москва
<b>А. Л. Катков</b>	Казахстан
<b>Ц. П. Короленко</b>	Новосибирск
<b>Е. Д. Красик</b>	Израиль
<b>В. Н. Краснов</b>	Москва
<b>В. Мантлер</b>	Германия
<b>Н. Г. Незнанов</b>	Санкт-Петербург
<b>В. Э. Новиков</b>	Кемерово
<b>Ю. В. Попов</b>	Санкт-Петербург
<b>Г. Рихтер</b>	Германия
<b>Н. Сарториус</b>	Швейцария
<b>П. И. Сидоров</b>	Архангельск
<b>А. Б. Смулевич</b>	Москва
<b>А. А. Сумароков</b>	Красноярск
<b>Р. С. Тазлова</b>	Якутск
<b>А. С. Тиганов</b>	Москва
<b>С. М. Уманский</b>	Тюмень
<b>Д. Ф. Хритинин</b>	Москва
<b>Б. Д. Цыганков</b>	Москва
<b>Л. Эрдэнэбаяр</b>	Монголия

Журнал зарегистрирован в Государственном комитете Российской Федерации по печати.

Свидетельство о регистрации № 017413 от 10 апреля 1998 г.

Свидетельство о перерегистрации средства массовой информации ПИ № 77-13364 от 19 августа 2002 г. выдано Министерством РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал основан в 1996 г.

Территория распространения: Российская Федерация, страны СНГ, зарубежные страны.

Адрес редакции: г. Томск, 634014, пос. Сосновый Бор, Редакционно-издательская группа  
ГУ НИИ психического здоровья Томского научного центра СО РАМН.

Телефон/факс: (382-2)-72-44-25. Телефон: (382-2)-72-43-97.

E-mail: redo@mail.tomsknet.ru. Web-сайт: <http://www.niipz.nm.ru>.

<b>А. Е. Логунцева, А. А. Агарков, Т. Ф. Скороходова, А. В. Пенявская</b> (Томск) СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПОДРОСТКОВ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА .....	94
<b>Т. И. Иванова</b> (Омск) ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ТЕРРИТОРИИ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ .....	96
<b>ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА</b>	
<b>В. В. Абрамов, А. В. Смык, Т. Я. Абрамова, О. В. Ершов, В. М. Непомнящих, Д. В. Дёмина, М. И. Леонова, Р. Г. Валеев, В. С. Кожевников</b> (Новосибирск) КОРРЕКЦИЯ АЛЕКСИТИМИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ .....	100
<b>Л. Д. Арсененко, В. Я. Семке, Т. П. Ветлугина</b> (Прокопьевск, Томск) ПСИХОНЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ .....	103
<b>В. Н. Кожевников, К. С. Карташова</b> (Красноярск) ПОГРАНИЧНЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА НА ЭТАПАХ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА .....	108
<b>ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ</b>	
<b>Т. А. Кожевникова, В. Н. Кожевников, К. С. Карташова</b> (Красноярск) ПРИМЕНЕНИЕ ГЕТЕРОСУГГЕСТИВНОЙ ПСИХОМЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ В КАЧЕСТВЕ ПСИХОИММУНОРЕАБИЛИТИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ .....	112
<b>ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ</b>	
<b>И. И. Кутько, В. М. Фролов, Г. С. Рачкаускас</b> (Харьков) ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОАКТИВНОГО ПРЕПАРАТА ПОЛИОКСИДОНИЯ В КОМБИНАЦИИ С ЭНТЕРОСОРБЦИЕЙ В КОРРЕКЦИИ ИММУННЫХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ .....	115
<b>О. А. Лобачева, А. В. Семке</b> (Томск) ИММУННАЯ РЕАКТИВНОСТЬ И АДАПТАЦИОННЫЕ РЕАКЦИИ БОЛЬНЫХ РЕЗИДУАЛЬНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ СЕРОКВЕЛЕМ .....	119
<b>ПРЕВЕНТИВНАЯ ПСИХИАТРИЯ</b>	
<b>Е. В. Гуткевич</b> (Томск) ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕВЕНЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ .....	123
<b>В. А. Рудницкий, В. Я. Семке</b> (Томск) ОСНОВНЫЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ .....	128
<b>КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ</b>	
<b>О. Ю. Федоренко, Ф. Ланг, С. А. Иванова, А. В. Семке, В. Я. Семке</b> (Томск, Тюбинген) НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МУТАНТНОЙ АССОЦИИРОВАННОЙ С ШИЗОФРЕНИЕЙ ФОРМЫ Р1Р5К2А КИНАЗЫ .....	131
<b>Л. П. Смирнова, Н. В. Кротенко, Н. М. Кротенко, В. Н. Логинов, М. В. Духан, С. А. Иванова, Ю. Л. Мальцева</b> (Томск) АКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ В ЭРИТРОЦИТАХ БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ .....	133
<b>И. Е. Куприянова, Л. Д. Арсененко</b> (Томск, Прокопьевск) КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ .....	135
<b>ЮБИЛЕИ</b> .....	137

# ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

## ПРИМЕНЕНИЕ ГЕТЕРОСУГГЕ- СТИВНОЙ ПСИХОМЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ В КАЧЕСТВЕ ПСИ- ХОИММУНОРЕАБИЛИТИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Т. А. Кожевникова, В. Н. Кожевников,  
К. С. Карташова

Красноярск, ГОУ ВПО Сибирский  
федеральный университет, Институт  
педагогики, психологии и социологии

APPLICATION OF HETEROSUGGESTIVE PSYCHOMUSCULAR RELAXATION AS A PSYCHOIMMUNOREHABILITATIVE THERAPY IN NEUROTIC DISORDERS. T. A. Kozhevnikova, V. N. Kozhevnikov, K.S. Kartashova. Krasnoyarsk, Siberian Federal University, Institute of Pedagogic, Psychology and Sociology

Невротические расстройства характеризуются множественными и разнообразными нарушениями иммунологической реактивности, в связи с чем в клинической практике могут рассматриваться как нейроиммунологическая проблема [3, 4, 6, 24]. Развитие вторичного иммунодефицитного состояния является важнейшим патогенетическим аспектом в формировании психоземotionalного перенапряжения, лежащего в основе проявления клинических форм невротических и невротоподобных расстройств [1, 9, 13, 15, 19]. Поэтому на сегодняшний день актуальным является поиск эффективных иммунореабилитирующих средств, восстанавливающих иммунологическую реактивность при этой патологии [2, 7, 10, 16, 20]. Реабилитационно-профилактические подходы представляются вполне реальными направлениями в нейроиммунореабилитации и пограничной психиатрии, которые нуждаются в дальнейшем уточнении и разработке [5, 17, 23].

**Цель работы** – изучение иммунореабилитирующих механизмов гетеросуггестивной психомышечной релаксации (ГСПМР) в процессе лечения пациентов с невротическими расстройствами.

**Материал и методы.** Анализ применения ГСПМР в качестве иммунореабилитации в терапии невротических расстройств проводился в группе пациентов, состоящей из 186 женщин и 118 мужчин. Средний возраст больных составил  $43,7 \pm 1,7$  года.

Диагноз был поставлен на основании клинико-психологического обследования в соответствии с МКБ-10, шифр F4 «Невротические, связанные со

стрессом и соматоформные расстройства» [11]. Основные признаки заболевания характеризовались сниженным настроением, подавленностью, гиподинамией на фоне общего соматического дискомфорта, легко возникающей усталостью, снижением трудоспособности, повышенной утомляемостью. Пациентов часто беспокоили головные боли, нарушение сна в виде ранних пробуждений, вегетативные расстройства. Сфера общения пациентов значительно снижалась, после периода вынужденных контактов возникала потребность в одиночестве с минимальным количеством раздражителей. Наряду с астеническими нарушениями у больных имелось чувство внутренней напряженности, постоянной тревоги, неуверенности, усиленных опасений за свое здоровье. Большинство больных были фиксированы на функции того или иного органа, на проблемах работы, семьи, появлялись навязчивые мысли и действия.

Всем пациентам проводилась традиционная терапия невротических расстройств, в условиях неврологического отделения Больнично-поликлинического комплекса Красноярского научного центра СО РАН. В работе использовалась авторская методика [8] «Гетеросуггестивный тренинг психомышечной релаксации с позитивной эмоциональной эмагинацией на выздоровление». Методика является модификацией ментального тренинга Л.-Э. Унесталя [18], который показал, что в процессе ментального тренинга реализуются следующие задачи: мышечная релаксация, психическая релаксация, самогипноз, тренировка формирования образов, идеомоторная тренировка, концентрация внимания, десенсибилизация, психическая устойчивость, решение проблем, тренировка в создании установок.

Гетеросуггестивный тренинг проводится курсами по 10 сеансов, длительностью по 60 минут, ежедневно. ГСПМР решал следующие задачи. С одной стороны, за счет гетеросуггестивных формул пациент учился психической и мышечной релаксации. На фоне этого состояния больному давались установки на позитивные переживания своей болезни, воспроизводилось состояние оптимального самочувствия (пациент адресовался к своему прошлому позитивному опыту с тем, чтобы воспроизводить его в процессе выздоровления). У пациента формировался триггер, ему давался «ключ», благодаря которому он приобретал способность самостоятельно целенаправленно формировать у себя состояние релаксации и того функционально-эмоционального состояния, которое для него является позитивным: стабильное хорошее настроение, оптимизм, установка на хороший сон, уверенность в возможности выздоровления.

В данной методике нашли отражение основные принципы бихевиорально-когнитивного психологического подхода [15, 21, 25, 27].

Изучение иммунного статуса проводилось в динамике до и после курса ГСПМР. В комплекс обследования включали оценку следующих показателей иммунного статуса: исследование субпо-

пуляционного состава лимфоцитов периферической крови ( $CD3^+$ ,  $CD4^+$ ,  $CD8^+$ , индекс  $CD4^+/CD8^+$ ) [14] с идентификацией моноклональными антителами (МАТ) производства фирмы «Сорбент» (Москва, Россия).

Концентрацию сывороточных иммуноглобулинов основных классов (IgM, IgG, IgA) определяли методом радиальной иммунодиффузии по Mancini [26]. Концентрация IgE проводилась методом иммуноферментного анализа [12]. Сывороточную концентрацию ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6 определяли иммуноферментным методом с использованием наборов и по прилагаемым методикам с использованием моноклональных антител, специфичных для исследованных интерлейкинов. Наборы были изготовлены специально для научного исследования: ИЛ-2 ELISA KIT, ИЛ-4 ELISA KIT, ИЛ-6 ELISA KIT (фирма «DIACLON Research», FRANCE).

**Результаты и обсуждение.** У всех обследованных пациентов, страдающих невротическими расстройствами, до начала сеансов ГСПМР отмечался дисбаланс показателей системы клеточного иммунитета. Он проявлялся снижением количества  $CD3^+$ ,  $CD4^+$ -лимфоцитов, при нормальной концентрации  $CD8^+$ -клеток. Данный дисбаланс в субпуляционном составе Т-лимфоцитов проявлялся при анализе соотношения  $CD4^+/CD8^+$ , который является достоверно ( $p < 0,01$ ) более низким по сравнению с контрольной группой. Одним из важнейших показателей наличия иммунодефицитного состояния клеточного звена иммунитета у данной категории больных явилось снижение индекса  $CD4^+/CD8^+$ .

Под влиянием ГСПМР достоверно возрастало количество  $CD3^+$  ( $P < 0,05$ ),  $CD4^+$  ( $P < 0,01$ ) лимфоцитов и увеличивался индекс  $CD4^+/CD8^+$  ( $P < 0,01$ ).

Исходные показатели гуморального иммунитета у пациентов с невротическими расстройствами имели следующую закономерность: уровни IgA, IgM были достоверно ниже относительно контрольных значений ( $P < 0,001$ ;  $P < 0,01$ ), а уровни IgG и IgE – выше нормы ( $P < 0,05$ ;  $P < 0,001$ ). Анализ результатов исследования, проведенный после лечения (методика ГСПМР), показал, что в ходе психотерапии происходило достоверное повышение концентрации IgA ( $P < 0,001$ ), IgM ( $P < 0,01$ ), и снижение уровней IgG ( $P < 0,01$ ), IgE ( $P < 0,001$ ).

Уровни ЦИК у пациентов с невротическими расстройствами до психотерапии превышали контрольные значения ( $p < 0,001$ ). Под влиянием ГСПМР концентрация ЦИК значимо уменьшалась, но их уровень все же превышал контрольные значения ( $p < 0,05$ ).

У всех обследованных пациентов с невротическими расстройствами до начала психотерапии уровни цитокинов были значительно ниже контрольных значений, наблюдаемых у здоровых. Под влиянием ГСПМР уровни всех цитокинов полностью нормализовались и не отличались от их значений в контрольной группе.

Проведенные исследования показали, что у пациентов с невротическими расстройствами под влиянием психотерапии происходит нормализа-

ция показателей системы клеточного иммунитета. Особенно выраженная динамика в ответ на ГСПМР наблюдалась в субпуляционном составе  $CD4^+$ -лимфоцитов. Эти клетки наиболее активно изменяли свою концентрацию в периферической крови в ответ на проводимую психотерапию, что проявлялось нормализацией их уровня, гармонизацией соотношений основных субпуляций Т-лимфоцитов и подтверждалось повышением индекса  $CD4^+/CD8^+$ .

Динамика гуморальных факторов иммунной системы под влиянием психотерапии характеризовалась следующими изменениями. Происходило значимое и достоверное увеличение концентрации IgA, IgM, что указывало на повышение функций гуморального иммунитета. Понижение уровней IgE и увеличение концентраций IgA свидетельствовали о переходе организма обследуемых пациентов на новое функциональное состояние, обусловленное повышением энергетики иммунокомпетентных клеток. Это состояние гуморального иммунитета является наиболее адекватным для организма, так как обеспечивает оптимальный уровень функционирования иммунной системы.

Анализ результатов исследования динамики цитокинов показывал, что исходные значения ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6 значительно отличались от нормы. Снижение их концентраций в крови пациентов с невротическими расстройствами, по-видимому, вызвано дисрегуляторными изменениями в иммунной системе, обуславливающими комбинированное ИДС. Так как цитокины являются регуляторами иммунных реакций, их снижение у пациентов с невротическими расстройствами указывает на то, что не только уменьшается количество иммунокомпетентных клеток (ИКК), гуморальных антител, размножение и дифференцировка клеток иммунной системы, но и нарушается нормальная регуляция иммунного ответа. Пониженная концентрация ИЛ-2 нарушает функционирование  $CD4^+$ ,  $CD8^+$ -клеток, В-лимфоцитов, натуральных киллеров. Под действием ИЛ-2 дифференцируются и пролифелируют  $CD4^+$ - и  $CD8^+$ -лимфоциты, кроме того,  $CD4^+$ -клетки являются основными продуцентами этого цитокина и наиболее активно отвечают на его воздействие, для них он служит аутокринным ростовым фактором.  $CD8^+$ -клетки не продуцируют ИЛ-2, но значительно повышают свои иммунологические функции под его воздействием. Нормализация уровня ИЛ-2 под влиянием ГСПМР обеспечивает его митогенный эффект, ведущий к клональной экспансии активированных антигеном лимфоцитов. ИЛ-2 потенцирует продукцию монокинов, клетками-мишенями являются Т- и В-лимфоциты и макрофаги. Все эти изменения ведут к усилению иммунного ответа за счет оптимизации функциональной активности указанных ИКК. Таким образом, ИЛ-2 является ключевым фактором регуляции иммунного ответа организма. Сниженная концентрация ИЛ-4 у пациентов с невротическими расстройствами относительно контрольной группы свидетельствует об истоще-

нии его продукции Т-клетками и, как следствие, сопровождается нарушением секреции различных изотипов антител. Нормализация количества ИЛ-4 в крови обследуемых больных под влиянием ГСПМР усиливает пролиферативные способности покоящихся Т-лимфоцитов (особенно CD4<sup>+</sup>-клеток), обеспечивает улучшение взаимодействия Т-лимфоцитов с макрофагами и В-лимфоцитами, усиливает генерацию антиген-специфических цитотоксических Т-лимфоцитов и гемопоэтических клеток. Так как ИЛ-4 является важным медиатором, обеспечивающим проявление хелперных функций Т-клетками, увеличение его содержания обеспечивает в совокупности с другими цитокинами эффект хелперизации под влиянием психотерапии.

Достоверное фоновое снижение количества ИЛ-6 у обследуемых нами пациентов может обуславливать дисрегуляцию в работе ИКК соединительной ткани (особенно астроцитов) головного мозга и гемопоэтических клеток костного мозга. Снижение уровня ИЛ-6 обуславливает нарушения в организме противовирусной и противоопухолевой активности. Повышение концентрации ИЛ-6 под влиянием ГСПМР у пациентов с невротическими расстройствами, по-видимому, указывает на усиление в их организме противовирусного иммунитета, противоопухолевой защиты, свидетельствует об усилении пролиферации и дифференцировке Т-клеток. Под влиянием ИЛ-4 у пациентов с невротическими расстройствами усиливается активация Т-эффекторных клеток и натуральных киллеров, что способствует повышению противомутационной активности организма. Таким образом, влияние ГСПМР на гуморальную природу иммунологических процессов, обеспечиваемых, в основном, цитокинами, косвенно указывает на нормализацию регуляции иммунных реакций. Это размножение и дифференцировка предшественников ИКК, представление антигенов, синтез антител, пролиферация сенсibilизированных лимфоцитов, усиление элиминации опухолевых клеток и цитотоксической активности лимфоцитов.

Таким образом, психотерапевтическая нейроиммунореабилитация по своему воздействию на организм пациентов с невротическими расстройствами является эффективной как с точки зрения терапии пограничных расстройств, так и профилактики стресс-индуцированных изменений в иммунной системе.

*Исследование выполнено при финансовой поддержке Президиума Красноярского научного центра СО РАМН. В настоящей работе использовались рекомендации и результаты, полученные в совместных исследованиях с академиком РАМН В. Я. Семке, профессором В. В. Абрамовым, профессором Т. П. Ветлугиной, зав. краевой иммунологической лабораторией Н. С. Эйдемиллер.*

#### Л и т е р а т у р а

1. Абабков В. А. Клинические основы психотерапии неврозов и других пограничных нервно-психических расстройств (в свете их патоморфоза) // Психотерапия: от теории к практике. – СПб., 1995 – С. 63–67
2. Абрамов В. В. Интеграция иммунной и нервной систем – Новосибирск : Наука : Сиб. отд-ие, 1991 – 168 с.
3. Акмаев И. Г. Взаимодействие нервных, эндокринных и иммунных механизмов мозга // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1998. – Вып. 3. – С. 54–56.
4. Арцимович Н. Г., Чугунов В. С., Иванова Т. М., Корнев А. В. Выявление взаимосвязи между нейрогормональным и иммунным статусами у больных неврозами // Взаимодействие нервной и иммунной систем – Л., Ростов-н/Д., 1990 – С. 117
5. Васильева О. А., Семке В. Я. Интеграция нервной и иммунной систем при основных нервно-психических заболеваниях // Бюл. СО РАМН. – 1994 – Вып. 4 – С. 26–30.
6. Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Невидимова Т. И. Клиническая иммунология, психиатрия и наркология. – Томск, 2001. – 92 с.
7. Иванова С. А. Психонейроиммунотерапия в клинике и терапии невротических и аффективных расстройств : Автореф. дис. ... д. м. н. – Томск, 2000. – 43 с.
8. Кожевников В. Н., Кожевникова Т. А. Способ прогнозирования успешности психотерапевтического лечения. – Патент № 2207046 от 27.06.2003 г. – 7 с.
9. Корнева Е. А., Казакова Т. Б. Современные подходы к анализу влияния стресса на процессы метаболизма в клетках нервной и иммунной систем // Мед. иммунология. – 1999. – Т. 1, № 1–2. – С. 17–23.
10. Либих С. С. Коллективная психотерапия неврозов. – Л., 1974. – 312 с.
11. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) : классификация психических и поведенческих расстройств / под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – СПб. : АДИС, 1994. – 301 с.
12. Медицинские лабораторные технологии и диагностика: иммуноферментный анализ. Справочник / под ред. А. И. Карпищенко. – СПб. : Интермедика, 1999. – С. 438–479.
13. Никифоров А. С. Неврозы // Журнал неврологии и психиатрии. – 1998. – Т. 98, вып. 11. – С. 33–38.
14. Петров Р. В., Хаитов Р. М., Пинегин Б. В., Орадовская И. В. Оценка иммунной системы при массовых обследованиях : метод. рекомендации // Иммунология. – 1992. – № 4. – С. 51–62.
15. Семке В. Я., Аксенов М. М. Пограничные состояния. Регион асп. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1996. – 184 с.
16. Семке В. Я., Ветлугина Т. П., Невидимова Т. И., Иванова С. А., Бохан Н. А. Клиническая психонейроиммунология. – Томск : РАСКО, 2003. – 300 с.
17. Семке В. Я., Семке А. В., Аксенов М. М. Здоровье личности и психотерапия : рук-во для врачей, психологов и педагогов. – Томск : Твердыня, 2002. – 629 с.
18. Унесталь Л. Э. Основы ментального тренинга : метод. пособие. – СПб. : НИИ ФК, 1992. – 17 с.
19. Ader R., Cohen N., Felten D. Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immune system // Lancet. – 1995. – V. 345, № 8942. – P. 99–103.
20. Baker G. H. Psychological factors and immunity // J. Psychosom. Res. – 1987 – V. 31, № 1. – P. 1–10.
21. Besedovsky H. O. Psychoneuroimmunology: an overview // Psychoneuroimmunology. – N. Y., 1992. – P. 13–20.
22. Digeon M., Laver M. // J. Immunol. Meth. – 1977. – V. 16. – P. 165–183.
23. Evans D. L., Petatto J., Leserman J, et al. Stress, Depression and Immunity – Research Findings and Clinical Relevance // Neuropsychopharm. – 1993 – V. 9. – Iss. 2. – P. 39.
24. Lambert M., Bergin A. The effectiveness of psychotherapy // Handbook of psychotherapy and behavior change / eds. A. Bergin, S. Garfield. – N. Y. : Wiley, 1994. – P. 143–189.
25. Leonard B. E., Song C. Stress, depression, and the role of cytokines // Exp. Med. Biol. – 1999. – V. 461. – P. 251–265.
26. Manchini G., Carbonara A. O., Heremans J. E. // Immunochimistry. – 1965 – V. 2 – P. 235–254.
27. Stratakis C. A., Chrousos G. P. Neuroendocrinology and pathophysiology of the stress system // Ann. N.Y. Acad. Sci. – 1995. – V. 771. – P. 1–18.

изменений в ЦНС, глубина иммунных нарушений) были сопряжены с тяжестью течения вирусной инфекции. Длительное с частыми рецидивами течение РГИ, сопровождающееся болью, зудом, дискомфортом, приводило к психоэмоциональному напряжению, психической дезадаптации, формированию психических расстройств различной степени тяжести.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости равноуровневого обследования больных РГИ. Такой подход объективизирует клинические данные и позволяет осуществлять патогенетически обоснованные дифференцированные лечебные и реабилитационные программы, включающие комплексы противовирусной, иммуномодулирующей, психофармакологической терапии и психотерапии.

#### Литература

1. Аверкина Н. А., Филатова Е. Г. Психологические факторы хронической боли // Журн. неврологии и психиатрии. – 2001. – Вып. 12. – С. 21–27.
2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. М., 2000. – С. 160–165.
3. Арсененко Л. Д. Структура пограничных нервно-психических расстройств и состояние системы иммунитета у больных различными формами хронической герпетической инфекции : Автореферат дис. ... к.м.н. – Томск, 1999.
4. Баринский И. Ф. Герпесвирусные инфекции – иммунодефицитные заболевания XXI века // Аллергология и иммунология. – 2004. – Т. 5, № 1. – С. 202–204.
5. Ветпугина Т. П., Иванова С. А., Невидимова Т. И. Клиническая иммунология в психиатрии и наркологии. – 2001.
6. Дубенский В. В. Генитальная герпетическая инфекция // Рос. журн. кожных и венерических болезней. – 2002. – № 3. – С. 53–56.
7. Жариков Н. М., Гиндикин В. Я. Распространенность пограничных психических расстройств среди лиц, не находящихся под наблюдением психиатрических учреждений // Журн. неврологии и психиатрии. – 2002. – Вып. 7. – С. 45–49.
8. Жирмунская Е. А. Клиническая электроэнцефалография. – М.: Наука, 1993. – С. 5–10.
9. Прокудина Е. Н., Прокудин В. Н. Возможная роль вирусных инфекций в психических заболеваниях человека // Вопр. вирусологии. – 2002. – № 1. – С. 47–49.
10. Протас И. И., Хмара М. И. Современные представления об этиологии и патогенезе герпетической инфекции центральной нервной системы // Журн. неврологии и психиатрии. – 2002. – Вып. 1. – С. 73–75.
11. Семке В. Я. Превентивная психиатрия. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1999. – 400 с.
12. Семке В. Я., Ветпугина Т. П., Невидимова Т. И., Иванова С. А., Бохан Н. А. Клиническая психонейроиммунология. – Томск, 2003.
13. Хмара М. Е., Гайдук Ф. М., Недзьведь М. К., Протас И. И. и др. Особенности прогрессирующих деменций у больных герпетическими энцефалитами // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1995. – Вып. 5. – С. 83–86.
14. Barton S. E., Green G. The psychological impact of genital herpes. – London, 1999.
15. Connor T. J., Leonard B. E. Depression stress and immunological activation: the roll of cytokines in depressive population // Life Sci – 1998. – V. 62, № 7. – P. 583–606.
16. Ellerstsen B. Personality factors in recurring and chronic pain // Cephalalgia. – 1992. – V. 12. – P. 129–132.
17. Maddoch C., Pariente C. How does stress affect you? An overview of stress, immunity, depression and disease // Epidemiol. Psychiatr. Soc. – 2001. – V. 10, № 3. – P. 153–162.

## ПОГРАНИЧНЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА НА ЭТАПАХ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

В. Н. Кожевников, К. С. Карташова

Красноярск, ГОУ ВПО «Сибирский федеральный университет», Институт естественных и гуманитарных наук, кафедра клинической психологии

**Резюме:** В статье рассматривается роль пограничных нервно-психических расстройств в формировании и течении остеохондроза позвоночника. Приводится сравнительный анализ личностных особенностей и невротических расстройств 40 пациентов с дебютными невралгическими презентациями и хронически-рекуррентными презентациями заболевания. Имеются некоторые различия у пациентов на разных стадиях клинической динамики заболевания и при разных типах невротических расстройств. **Ключевые слова:** остеохондроз позвоночника, клиническая динамика заболевания, психологические особенности, невротические расстройства.

**BORDERLINE NEURO-MENTAL DISORDERS AT THE STAGE OF CLINICAL DYNAMICS OF VERTEBRAL OSTEOCHONDROSIS.** V. N. Kozhevnikov, K. S. Kartashova. Krasnoyarsk, SEI HPE «Siberian Federal University», Natural and Humanitarian Sciences Institute, Clinical Psychology Chair **Abstract:** In article have been considered a role of the borderline neuro-mental disorders in formation and course of vertebral osteochondrosis. There is a comparative analyze of personal peculiarities and neurotic disorders of 40 patients with debut neurologic presentations and chronic-recurrent presentations of disease. It was found that there are some differences in patients at different stages of clinical disease dynamics and different types of neurotic disorders. **Key words:** vertebral osteochondrosis, the clinical dynamics of disease, psychological peculiarities, neurotic disorders.

**Введение.** Существует несколько гипотез возникновения неврологических проявлений остеохондроза позвоночника – ОП (механического повреждения, мышечного спазма, генетической предрасположенности, иммунного дефицита и т. д.), среди которых одно из ведущих мест занимает теория психогенной природы этого заболевания [10, 12]. С позиции этого подхода раскрываются этиологическая и патогенетическая роли психологических механизмов в формировании многообразных клинических проявлений ОП.

Сложность взаимосвязей психогенных нарушений и неврологических проявлений ОП четко проявляется в существовании различных подходов к определению роли психологической дезадаптации пограничного уровня в развитии и течении этого заболевания. Частота психопатологических расстройств при ОП в зависимости от контингента неврологических больных составляет от 5,7 до 63,8 % [8, 9, 12, 13]. Наличие нервно-психических расстройств является



на сегодняшний день одним из наиболее значимых психогенных аспектов формирования ОП, поскольку они могут выступать и в качестве преморбидной основы заболевания, и как один из ее основных патогенетических факторов, и как соматогенные невротоподобные состояния вследствие хронизации патологических неврологических проявлений. Среди ПНПР при ОП чаще всего встречаются невротические и невротоподобные [3, 8]. При этом указывается на широкий спектр нервно-психических проявлений: от астенических и общеневротических симптомов до депрессивных и фобических расстройств [2, 13].

В ряде работ [2, 8, 10, 12] роль невротических нарушений сводится к «невротической фиксации» основного заболевания, т. е. неврологические проявления ОП только осложняются одной или рядом психогений. Согласно современным представлениям о ПНПР, такой тип нарушений психологической адаптации может рассматриваться как невротоподобное расстройство [11]. В этиопатогенетическом плане невротоподобное расстройство проявляется в тесной связи с «ситуацией болезни» (органической, соматической), общей непереносимости неблагоприятной микросреды, извращенной реакции на физиогении, стойкой дезорганизации нейрофизиологических показателей. В другом подходе [7, 12, 13, 14, 15] проблема взаимосвязи невротических расстройств и ОП рассматривается с позиций их единого, близкого к психосоматическому варианту патогенеза. В современной литературе [1, 11] суть психосоматической теории сводится к «встрече» психологических дезадаптационных механизмов, повышающих уязвимость личности для соматогенных вредностей, с определенными внешними влияниями. Соответственно и невротические расстройства и соматизация являются механизмами адаптации к психогенно обусловленным жизненным реформам и трансформациям, но имеют разную симптоматику и динамику.

Проведенные в рамках этих подходов исследования позволили установить следующие особенности невротических расстройств при ОП:

1. Невротическая симптоматика проявляется при ОП независимо от типа неврологического синдрома [2]: ведущий рефлекторный мышечно-тонический синдром у больных ОП чаще сопровождается тревожным и ипохондрическим вариантами невротической дезадаптации при ведущем корешковом клиническом синдроме, проявляющемся выраженными болевыми ощущениями и ограничением подвижности, чаще встречается депрессивная симптоматика с многочисленными жалобами на функциональные нарушения, менее выраженными являются

ипохондрические, тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства.

2. Факторы наличия тревожных и/или депрессивных расстройства, с одной стороны, и длительности болевого синдрома и/или периода выздоровления – с другой, при ОП взаимосвязаны друг с другом [8, 9].

3. ПНПР выявляются у больных ОПс различной локализацией дегенеративно-дистрофических проявлений: для больных шейным остеохондрозом характерны астенические, тревожно-фобические и истерические расстройства с психосенсорными и дисфорическими проявлениями [8, 13], для больных поясничным остеохондрозом – астенодепрессивные и обсессивные расстройства [3], для больных с многоуровневым остеохондрозом – невротоподобные расстройства астенического типа и аффективные нарушения в форме депрессивных состояний с преобладанием тревожно-фобического радикала [13].

4. Выраженная психогенная эмоциональная дезадаптация у всех больных ОП сопровождается такие личностные особенности, как снижение поисковой активности, спонтанности и возможности переключения на различные виды деятельности; приверженность общепринятым нормам поведения и хороший самоконтроль, снижение мотивации достижения, склонность к ригидности мышления и замедлению вербализации на фоне повышенной тревожности, обостренной чувствительности к неудачам в предметной деятельности и общении, ипохондричность, слабая выраженность установки на выздоровление [3, 4].

Таким образом, невротическая симптоматика присутствует в патогенезе ОП независимо от типа вертеброневрологического синдрома (рефлекторного мышечно-тонического или корешкового), уровня поражения позвоночника (шейный/грудной/пояснично-крестцовый/распространенный), длительности болевого синдрома и других аспектов клинической картины основного заболевания. В связи с этим тщательного анализа требует проблема описания психологических характеристик, способствующих возникновению и поддержанию невротического состояния у больных ОП.

Ряд авторов [2, 3, 13] указывают на наличие в преморбидной структуре личности больных ОП астенических, тревожно-мнительных и истерических характеристик, обуславливающих возникновение психодезадаптационных состояний, хронологически предшествующих клинической манифестации неврологических проявлений основного заболевания. Возникновение и обострение неврологических проявлений ОП сопровождается состоянием выраженной психологической дезадаптации, обусловленной наличием противоречивых тенденций в струк-

туре личности больных и их склонностью воспринимать стрессовые ситуации как фрустрирующие и неразрешимые [4, 5, 7]. Поэтому мы считаем необходимым рассмотреть формирование ПНПР у больных ОП как непрерывный, имеющий общую личностную основу психодезадаптационный процесс, включенный в течение вертеброневрологической патологии [6].

**Цель исследования** – изучение динамики невротических и неврозоподобных расстройств в соответствии с этапами клинического течения остеохондроза позвоночника: впервые возникшими неврологическими проявлениями ОП и с хронически-рецидивирующим типом течения заболевания.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 40 больных в возрасте от 18 до 60 лет: по 20 человек в группах с впервые возникшими неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника (М42) и с хронически-рецидивирующим типом течения заболевания (длительность заболевания во второй группе составила от 2 до 28 лет). Исследование проводилось с помощью опросника «Многосторонний метод исследования личности» – ММИЛ (в адаптации Ф. Б. Березина [1988]), русского модифицированного варианта методики BVNK 300 («Опросник невротических расстройств» – ОНР) (Вассерман Л. И., Карвасарский Б. Д., Иовлев Б. В., 1999) и русского модифицированного варианта методики SiO («Опросник невротических расстройств – симптоматический» – ОНР-СИ) (Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Щелкова О. Ю., Абабкова В. А., 2000).

**Результаты и обсуждение.** По усредненным результатам ММИЛ в личностном профиле больных с впервые возникшими неврологическими проявлениями ОП повышены значения шкал: «гипомании» (66 Т-баллов), «психопатии» (65 Т-баллов), «ипохондри» (65 Т-баллов), «истерии» (63 Т-балла), «шизоидности» (63 Т-балла); у больных ОП с хронически-рецидивирующим типом течения заболевания повышены значения шкал: «ипохондри» (79 Т-баллов), «шизоидности» (77 Т-баллов), «паранойальности» (70 Т-баллов), «истерии» (68 Т-баллов). По усредненным результатам методики ОНР для больных с впервые возникшими неврологическими проявлениями ОП характерны повышения значений по шкалам: «колебание интенсивности жалоб» (75 Т-баллов), «фобические расстройства» (71 Т-балл), «пониженная работоспособность» (70 Т-баллов), «повышенная возбудимость» (69 Т-баллов), «ипохондричность» (67 Т-баллов), «невротический сверхконтроль поведения» (65 Т-баллов), «неуверенность в себе» (65 Т-баллов), «аффективная неустойчивость» (62 Т-балла), «интровертированная направленность личности» (61

Т-балл). Для больных с хронически-рецидивирующим типом течения заболевания характерны повышения значений по шкалам: «расстройства в сфере пищеварения» (92 Т-балла), «нарушения общей чувствительности» (86 Т-баллов), «ипохондричность» (75 Т-баллов), «социальная неадаптивность» (73 Т-балла), неуверенность в себе (70 Т-баллов), «аффективная неустойчивость» (68 Т-баллов).

По усредненным результатам методики ОНР-СИ для больных с впервые возникшими неврологическими проявлениями ОП характерны тревожно-фобические, соматовегетативные, ипохондрические и аффективные расстройства; для больных с хронически-рецидивирующим типом течения заболевания – астенические, депрессивные, соматовегетативные, обсессивные, тревожно-фобические и ипохондрические расстройства.

Таким образом, по результатам исследования у больных с впервые возникшими неврологическими проявлениями ОП выявлены следующие психологические особенности: ранимость, повышенная возбудимость, тревожность, аффективная неустойчивость, недостаточная способность контролировать свои эмоции, демонстративность, неуверенность в себе, ожидание внимания со стороны окружающих и боязнь проявлений холодности от них, тенденция при незначительных фрустрациях к уходу из окружающей среды во внутренний мир (особенно в ситуациях «вынужденного» социального общения), снижение эмпатийных способностей, познавательная и социальная пассивность, повышенная чувствительность к телесным сигналам со склонностью к соматизации тревоги, пониженная работоспособность, невротические расстройства с доминированием тревожного и ипохондрического радикалов.

Для больных с хронически-рецидивирующим типом течения ОП характерны выраженная личностная и эмоциональная дезадаптация с доминированием в поведении шизоидных и гипостенических тенденций, склонность к навязчивому беспокойству, напряженности, нерешительности, ипохондричность, переживание своей малочисленности, стремление возложить вину за нарушение межличностных отношений, жизненные трудности и эмоциональные конфликты, трудно корригируемые аффективно насыщенные поведенческие концепции, выраженные невротические расстройства в виде астенического, депрессивного, тревожно-фобического синдромов.

При сравнении полученных результатов выявлены особенности, характерные для всех больных ОП: эмоциональная неустойчивость, тревожность, наличие противоречивых потребностей, затрудняющих мотивирование поведения, повышенная чувствительность к соматическим процессам, тенденция к избеганию труд-

ных социальных ситуаций. Отличием больных со сформировавшейся клинической картиной ОП является формирование невротических нарушений, ригидизации личности, нарастание интровертированности и отказ от социальных контактов.

Таким образом, формирование ПНПР в динамике ОП происходит на основе общего паттерна личностных особенностей, таких как тревожность, аффективная неустойчивость, ипохондричность, индивидуалистичность, при этом на всех этапах клинической динамики заболевания выявляются соматовегетативные и тревожно-фобические расстройства, при хронически – рецидивирующем течении формируются астенические, депрессивные, ипохондрические расстройства.

#### Л и т е р а т у р а

1. Аксенов М. М., Семке В. Я., Ветлугина Т. П. Онтогенетические, социально-психологические и превентивные аспекты изучения пограничных нервно-психических расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2003. – № 3. – С. 12–16.
2. Александровский Ю. Ю., Яхно Н. Н., Аведисова А. С. и др. Психиатрические, психологические и неврологические характеристики больных с хроническими болями в спине // Журн. неврологии и психиатрии. – 2003. – Вып. 4. – С. 26–31.
3. Григорьева В. Н. Психосоматические аспекты нейро-реабилитации. Хронические боли. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2004. – 420 с.
4. Влияние комплексной психокоррекции на динамику болевого синдрома и психологический статус больных остеохондрозом позвоночника / В. П. Зайцев, О. Г. Тюрина, Т. А. Айвазян, Ф. Е. Горбунов, С. Г. Масловская // Тер. арх. – 2003. – № 8. – С. 55–58.
5. Клейменов В. Н. Клинические варианты психосоматических и соматопсихических соотношений у больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза : автореф. дис. ... к.м.н. – Новосибирск, 1989. – 18 с.
6. Кожевников В. Н., Карташова К. С. Психологические механизмы этиопатогенеза остеохондроза позвоночника // Вестн. Краснояр. гос. ун-та. – 2007. – № 3. – С. 56–62.
7. Менделевич Е. Г. Клинико-психофизиологические корреляции у больных поясничных остеохондрозом // Вертеброневрология. – 1993. – № 1. – С. 32–36.
8. Миненков В. А. Особенности реабилитации больных остеохондрозом позвоночника с невротическими и невротоподобными проявлениями : автореф. дис. ... к.м.н. – Казань, 1984. – 18 с.
9. Попелянский Я. Ю. Болезни периферической нервной системы. – М. : МЕДпресс, 2005. – 612 с.
10. Попелянский Я. Ю. Неврозы и остеохондрозы – самые распространенные мультифакторные болезни человека // Вертеброневрология – 1992. – № 2. – С. 22–26.
11. Семке В. Я. Психогении современного общества. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2003. – 600 с.
12. Сукиасян С. Г., Манасян Н. Г., Чшмаритян С. С. Соматизированные психические нарушения // Журн. неврологии и психиатрии. – 2001. – Вып. 2. – С. 57–61.
13. Шаркова С. В., Семке В. Я. Социальная дезадаптация больных с психопатологическими проявлениями рефлекторного синдрома позвоночной артерии при многоуровневом остеохондрозе позвоночника // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2001. – № 2. – С. 61–62.
14. Dickens C., Jayson M., Sutton C., Creed F. The relationship between pain and depression in a trial using paroxetine in sufferers of chronic low back pain // Psychosomatics – 2000. – № 41 (6). – P. 490–499.
15. Giezen A. M., Bouter L. M., Nijhuis F. L. Prediction of return-to-work of low back pain patients sick listed for 3–4 months // Pain – 2000. – V. 87, №3. – P. 285–294.