

С.И. Табачников, И.А. Марценковский, Я.Б. Бикинаева

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

Ключевые слова: соматоформные расстройства, подростки, дифференцированная терапия

Для обозначения соматических по форме, психических по сути клинических феноменов DSM-III (1980) впервые было введено понятие соматоформного расстройства. В основу этой категории были положены проявления заново описанного и реструктурированного группой Гуче синдрома Брике [1]. Позднее рубрика соматоформных расстройств появилась в используемой в Украине, в качестве национальной МКБ 10, в которой эти расстройства выделены в рубрику F 45 раздела «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства».

Категория соматоформных расстройств объединяет нарушения, которые рассматриваются, как проявления соматизации в узком смысле слова: так называемая первичная соматизация [2,3]. В качестве главного признака соматоформных расстройств описывают повторяющееся предъявление пациентом соматических жалоб наряду с постоянными требованиями повторных медицинских обследований вопреки ранее полученным отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии органической основы страдания. Обязательным условием для диагностики является также исключение синдромально очерченных тревожных и депрессивных нарушений, которые по своей выраженности и представленности в клинической картине должны быть не достаточными для постановки диагнозов тревожных (F40, 41, 43, 48) или депрессивных (F32-38) расстройств.

В последние годы отмечено возрастание числа подростков с соматоформными расстройства-

ми. Согласно результатам эпидемиологических исследований частота расстройства варьирует от 10% [4] до 52% [5] пациентов, обслуживаемых в первичной медицинской сети. Значительные различия показателей болезненности могут быть объяснены использованием разных диагностических критериев и наличием этно-культуральных, половых и возрастных различий между исследуемыми контингентами.

В подростковом возрасте особенно актуальна проблема функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы, коморбидных с невротическими: тревожно-фобическими и соматоформными расстройствами. Большинство таких пациентов проходят длительный и сложный путь соматического обследования, в ходе которого, как правило, органическая патология со стороны сердечно-сосудистой системы не выявляется, психическое расстройство не диагностируется, а подростки не получают адекватную терапию. Как врачи общей практики, так и кардиологи, неврологи, психиатры для лечения таких пациентов достаточно бессистемно используют разнообразную кардиотропную терапию, бензодиазепины, антидепрессанты и даже нейролептики. Крайне редко, для лечения подростков с соматоформными расстройствами, применяется психотерапия.

Целью исследования было изучение сравнительной эффективности психотерапии, кардиотропной терапии и дифференцированной психофармакотерапии, как традиционных для Украины терапевтических подходов, при лечении соматоформных расстройств у подростков.

Материал и методы исследования

Было обследовано 120 подростков в возрасте от 12 до 17 лет (средний возраст – 14,7±0,7 лет) с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы, у которых, в соответ-

ствии с критериями МКБ –10, были диагностированы соматоформные расстройства (F. 45).

Выборка испытуемых формировалась в соответствии, с предварительно разработанными,

критериями рандомизации.

Критериями включения были: 1) непрерывные или повторяющиеся в течение не менее 6 месяцев жалобы на нарушения сердечно-сосудистой системы (неприятные ощущения или боли в области сердца, жалобы на изменение силы и частоты сердечных сокращений – «усиленное сердцебиение», тахикардию, экстрасистолию); 2) возраст от 12 до 17 лет; 3) функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы, не объясняющие тяжесть клинического состояния и/или социальной дезадаптации; 4) информированное согласие подростков и их родителей на участие в исследовании, получение курса индивидуальной и семейной психотерапии, а в случае ее недостаточной эффективности - психофармакотерапии.

Критерии исключения учитывали наличие у пациентов: 1) подтвержденной клиническими и инструментальными методами исследования органической кардиоваскулярной патологии; 2) орга-

нического поражения ЦНС; 3) иных коморбидных психических и поведенческих расстройств, в соответствии критериями МКБ – 10; 4) дисморфных нарушений, выражающихся преимущественно в неврологических симптомах.

В таблице 1 представлено распределение отобранных больных по полу, возрасту и диагностическим категориям МКБ-10.

Первую группу сравнения, в дальнейшем группу 1А, составили 60 подростков, получавших кардиотропную терапию – некардиоселективные бета-адреноблокаторы (анаприлин) в дозе 40 –80 мг в сутки, в течение 8-ми недель. Выбор анаприлина, в качестве терапии функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы, был обусловлен эффективностью бета-адреноблокаторов при терапии вегетативных дисфункций, функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы. Считается доказанным влияние анаприлина на оптимизацию вегетативной деятельности при психоэмоциональных и физических нагрузках [6].

Таблица 1

Сравнительная характеристика пациентов сформированных групп

Критерии рандомизации	Количество больных	
	Кардиотропная терапия (группа 1А) N =60	Психотерапия (группа 1Б) N =60
Пол подростка:		
• женский	29	33
• мужской	31	27
Возраст подростка:		
• 12 – 14 лет	19	22
• 15 – 17 лет	41	38
Вариант расстройства в соответствии с критериями МКБ - 10:		
• F 45.0. Соматизированное расстройство	13	16
• F 45.1. Недифференцированное соматоформное расстройство	5	7
• F 45.2. Ипохондрическое расстройство	7	5
• F 45.3. Соматоформная вегетативная дисфункция	19	17
• F 45.4. Хроническое соматоформное болевое расстройство	16	15
Уровень соматизации по клинической шкале самоотчета SCL-90-R-R		
• Низкий уровень (1 - 2 балла)	12	11
• Средний уровень (3 балла)	32	35
• Высокий уровень (4 - 5 баллов)	16	14

Вторую группу сравнения, в дальнейшем группу 1Б, составили 60 подростков, получавших в течение 8-ми недель комплексную психотерапевтическую помощь.

Через 8 недель исследования, после повторной рандомизации, были сформированы 5 групп сравнения. Две группы 2А и 2Б включали пациентов, которые продолжали, ранее назначенную и признанную эффективной, кардиотропную терапию или психотерапию. Группы 3А, 3Б и 3В составили подростки – нонреспондеры к ранее назначенному лечению и переключенные с кардиотропной терапии или психотерапии на прием сертралина, ламотриджина или инстенона.

При разработке модели комплексной психотерапии, нами использовались концептуально-методические подходы к психотерапии соматоформных расстройств, предложенные представителями Московской психотерапевтической школы А.Б. Холмогоровой и Н.Г. Гаранян [7]. Психотерапевтическое вмешательство должно было в максимальной степени учитывать подростковый возраст пациентов, психогенез расстройств (роль семьи, нарушений психологического развития, особенностей формирования межличностных объектных отношений), быть максимально формализованным и стандартизированным, нивелируя психологические различия между подростками в возрасте 12-14 и 15-17 лет.

Психотерапевтическая помощь оказывалась в форме семейной психотерапии, интегрирующей когнитивные, когнитивно-бихевиоральные и психодинамические техники. Основные принципы психотерапевтического подхода подробно изложены ранее [8].

Особенности протокола исследования. При планировании схемы исследования учитывали:

1) Необходимость проведения достаточно продолжительного (не менее 4-х месяцев) контролируемого исследования сравнительной эффективности психофармакотерапии, психотерапии и кардиотропного лечения;

2) Наличие этических ограничений: а) невозможности формирования плацебо группы, б) невозможности назначения психотропных препаратов в качестве терапии первой очереди выбора, в) сложности получения информированного согласия родственников ребенка на лекарственную терапию до того времени, как будет доказана неэффективность кардиотропного лечения и психотерапии, г) предубежденности родителей ребенка в отношении отдельных классов лекар-

ственных препаратов, например, антидепрессантов или противосудорожных средств.

Нами был предложен протокол исследования, предполагавший проведение его в 2-е фазы.

Первая фаза представляла собой 8-ми недельное открытое сравнительное контролируемое исследование эффективности психотерапии и кардиотропного лечения. В конце исследования выделяли группы респондеров и нонреспондеров к терапии. Под респондерами понимали подростков с редукцией интегрального показателя субшкалы соматизации клинической шкалы самоотчета SCL-90-R более чем на 50 %.

Вторая фаза включала два 8-ми недельных, независимых друг от друга параллельно проводимых, открытых сравнительных контролируемых исследования:

- влияния психотерапии и кардиотропного лечения на динамику психического статуса у подростков - респондеров к терапевтическим вмешательствам во время первого этапа исследования;

- влияния психофармакотерапии ангиопротектором с вегетостабилизирующим эффектом (инстенонем), антидепрессантом – ингибитором обратного захвата серотонина (сертралином), тимоизолептиком (ламотриджином) на динамику психического статуса у подростков - респондеров к терапевтическим воздействиям в течение первого этапа исследования;

Обследование испытуемых проводилось перед лечением, через 8 и 16 недель терапии и включало: 1) оценку психических расстройств в соответствии с диагностическими критериями МКБ – 10 и DSM – IV;

2) квалификацию психических нарушений с использованием стандартной шкалы самоотчета SCL-90-R [9].

Для определения границ нормы по SCL-90-R использовались нормативные данные, полученные в Институте психологии в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии Российской Академии Наук в рамках совместного Российско-Американского проекта.

Для статистической обработки полученных данных использовалась оценка распределения признаков по категориям. В качестве критерия достоверности использовался Т-критерий Стьюдента. Уровень значимости во всех расчетах был принят за 0,05. Все переменные были представлены как среднее со среднеквадратичным отклонением. На втором этапе статистической обработки применялся метод корреляционного анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

Влияние 8-ми недельной психотерапии и кардиотропного лечения на психический статус подростков с соматоформными расстройствами.

Перед началом исследования в группах сравнения средние значения показателей по всем шкалам SCL-90-R превышали показатели нормативного ряда. Наиболее выраженные различия наблюдаются по шкалам соматизации, депрессии и тревоги. Относительно высоким был и показатель по шкале фобической тревоги, что на наш взгляд отражало формирование у подростков опасений и страхов, связанных с состоянием здоровья. Длительное существование болезненных соматических проявлений, не получавших каких-либо подтверждений и объяснений врачей-интернистов, приводило к формированию фобических нарушений, выявляемых при тестировании SCL-90-R. Статистический анализ продемонстрировал высокую степень корреляции шкал соматизации, тревоги и депрессии. Эти данные являются под-

тверждением высокой степени коморбидности соматоформных тревожных и депрессивных расстройств определяющей трудности, связанные с их дифференциальной диагностикой.

По окончании первой фазы исследования в группе 1Б, получавшей курс 8-ми недельной психотерапии, наблюдалась менее выраженная (15,79%) редукция симптоматики по подшкале соматизации, чем в группе 1А – (33,33%). После 8-ми недельного курса психотерапии наиболее выраженная положительная динамика отмечалась по подшкалам враждебности (27,3%) и межличностной чувствительности (33,3%). В то же время, в группе 1Б отмечалось усиление выраженности симптоматики, оцениваемой по подшкалам фобической тревоги (37,5%), тревоги (33,3%) и психотизма (22,2%). После кардиотропной терапии симптоматика по подшкалам фобической тревоги и тревоги наоборот существенно редуцировалась соответственно на (20,0%) и (42,1%) (табл.2).

Таблица 2

Сравнительная характеристика динамики психического состояния подростков с соматоформными расстройствами по подшкалам клинической шкалы самоотчета SCL-90-R под влиянием 8-ми недельных курсов комплексной психотерапии и кардиотропной терапии

Подшкалы шкалы DEROGATIS (SCL-90-R)	Группы 1А и 1Б								Уровень различия между группами 1 и 2 (Т-сравнения)	Норма тивные данные Москов- ского НИИ МЗ РФ (М _n)
	Психотерапия (группа 1Б; N=60)				Кардиотропная терапия (группа 1А; N=60)					
	До лечения X ₁ ± д	Через 8 недель терапии X ₂ ± д	Динамика симптома- тики (%)	Уровень различий Т - критерии	До лечения X ₁ ± д	Через 8 недель терапии X ₂ ± д	Динамика симптома- тики (%)	Уровень различий Т - критерии		
Соматизация (SOM)	1,90±0,64	1,60±0,58	-15,79	8,05	1,80±0,58	1,20±0,64	-33,33	1,79	2,37	0,80
Обсессивно- компульсивные нарушения (OC)	1,50±0,61	1,40±0,60	-6,67	0,91	1,20±0,66	1,30±0,61	+8,33	0,86	1,38	0,75
Межличностная чувствительность (INT)	1,20±0,58	0,80±0,52	-33,33	3,98	1,00±0,69	0,90±0,56	-10,00	0,26	4,58	0,90
Депрессия (DEP)	1,60±0,72	1,20±0,51	-25,00	3,51	1,40±0,75	1,30±0,62	-7,14	0,80	1,64	0,75
Тревога (ANX)	1,50±0,62	2,00±0,50	+33,33	4,86	1,90±0,69	1,10±0,81	-42,11	5,82	6,95	0,65
Враждебность (NOS)	1,10±0,58	0,80±0,38	-27,27	3,35	1,20±0,61	1,10±0,60	-8,33	0,91	1,74	0,70
Фобическая тревога (PHOV)	1,20±0,68	1,65±0,41	+37,50	4,39	1,50±0,66	1,20±0,64	-20,00	2,53	5,29	0,35
Параноидное мышление (PAR)	1,10±0,58	1,10±0,58	0	0	0,75±0,58	0,75±0,58	0	0	0	0,70
Психотизм (PSY)	0,90±0,55	1,10±0,58	+22,22	1,94	1,10±0,55	1,10±0,55	0	0	2,05	0,40

Примечание «+» - усиление симптоматики; «-» - редукция симптоматики.

Среди подростков с функциональными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдалась высокая вариативность реакций на психотерапию, чего не наблюдалось в группе больных, получавших кардиотропную терапию. Это позволило нам выделить группы

респондеров и нонреспондеров к психотерапии. Изучение клинической картины заболевания у подростков с высокой и низкой чувствительностью к психотерапевтическим интервенциям позволило выявить значимые клинические различия между группами.

Различия в клинической динамике в группах сравнения, получавших комплексную психотерапию и кардиотропное лечение может быть объяснено различиями в механизмах редукции симптоматики.

Первая фаза 8-ми недельного исследования, когда проводилось сравнение эффективности психотерапии и кардиотропного лечения, заканчивалась на этапе первичных изменений, который соответствовал началу психотерапевтического воздействия. Этап первичных изменений мы наблюдали в ходе процесса осознания пациентами дисфункциональности взаимоотношений в семье. Цели этапа становились достижимыми, когда эмоциональное напряжение максимально актуализировалось под воздействием перехода неосознаваемых переживаний в сферу сознательного восприятия, как самим подростком, так и членами его семьи. Очевидно, двигателем психических изменений, на этом этапе психотерапии, являлись экзистенциально-глубинные ощущения подростком агрессии и состояние внутреннего дискомфорта и тревоги. Чувство внутреннего дискомфорта и тревоги, становились мотивирующим фактором, побуждающим пациентов к продуктивным действиям.

Терапевтическая динамика на данном этапе терапии демонстрировала членам «соматизированной семьи» наличие глубинных конфликтов, которые возникают между собственными желаниями, чувствами и мотивациями и общественными требованиями, которые были сформированы и приняты за аксиомы еще в детстве. Это позволяло родителям больного подростка пересмотреть свои жизненные позиции и отношение к запретам, поставленным обществом.

При клинко-психопатологическом анализе психического статуса таких пациентов, мы регистрировали закономерное усиление тревожной симптоматики, но не за счет соматизированной, а за счет психической тревоги. Происходила своеобразная трансформация дисморфных нарушений в психические. Такая динамика служила хорошей предпосылкой для дальнейшей психотерапии. В группе сравнения, которая получала кардиотропное лечение, терапевтическая динамика была иной: наблюдалась гармоничная редукция тревожно-фобической симптоматики. Таким образом, в обеих группах мы наблюдали положительную терапевтическую динамику, которая проявлялась в уменьшении уровня соматизации.

У нонреспондеров к психотерапии удалось обнаружить наличие скрытых внутрисемейных

механизмов, направленных на сохранение заболевания у подростка и стабильное выполнения ритуала оказания ему медицинской помощи в семье. Эти механизмы всегда, в той или иной форме, направлены на стабилизацию внутрисемейных отношений, но приводят к дезадаптации семьи в целом. Именно в таких семьях, как правило, не удавалось избежать этапа попытки возвращения к симптому, что в дальнейшем являлось обоснованием для отказа от психотерапии.

Повышение показателя по подшкале психотизма у соматоформных больных, обусловлено позитивными ответами по пункту 87 («Мысли о том, что с Вашим телом что-то не в порядке»), которые имеют наибольший удельный вес среди ответов на все вопросы этой подшкалы. Если при обработке исключить этот вопрос, то среднее значение подшкалы психотизма у подростков группы 1А и 1Б не будет иметь значимых различий.

Жалобы пациентов с низкой чувствительностью к психотерапии отражали, преимущественно, соматические симптомы (учащенное сердцебиение, перебои в области сердца, боли в области сердца и за грудиной области, чувство замирание за грудиной); у них наблюдались полисистемные жалобы со стороны других органов и систем (тошнота, изжога, затруднение глотания, боли, неприятные ощущения и чувство дискомфорта в области желудка и кишечника, боли в различных частях тела), при этом обращало на себя внимание отсутствие у них упоминания о каких-либо психологических проблемах. Для нонреспондеров было характерно предъявление жалоб в драматической форме. Дискомфортные и болезненные ощущения в области сердца у них нередко носили более яркий, обременительный характер. Лишь при тщательном расспросе, такие пациенты неохотно признавали наличие нарушений внутрисемейного функционирования. При этом, для них была характерна неуверенность в себе, недоверчивость, чувство обиды по отношению к членам семьи. Такие проблемы подростки не связывали с состоянием своего здоровья, не рассматривали как основание для обращения за помощью к психиатру или психотерапевту. При малейших колебаниях вегетативного тонуса или соматогенных вредностях у подростков развивались повторные ухудшения самочувствия, с которыми пациенты, игнорируя предшествующий терапевтический опыт, в первую очередь, обращались к врачам общей практики и в очередной раз проходили длинный путь консультаций и обследований.

Выборка респондеров к психотерапии, в целом, характеризовалась более низким уровнем соматизации, но более высоким удельным весом во внутренней картине болезни психологических проблем и трудностей в межличностных отношениях с пиками по субшкалам межличностной чувствительности ($1,5 \pm 0,8$) и враждебности ($1,3 \pm 0,5$).

Фобическая симптоматика у респондеров к психотерапии была в большей степени представлена социофобическими опасениями у нонреспондеров – агарофобическими жалобами и рудиментарными голотимными идеями. При описании своего состояния респондеры к психотерапии активно использовали такие понятия как страх, раздражительность, тревога, тоска, апатия, безволие, неуверенность в себе.

Приведенные данные позволяют предположить, что группа подростков, чувствительных к психотерапии менее алекситимична, чем группа нонреспондеров к терапии.

Влияние курса 16-ти недельной психотерапии и кардиотропного лечения на психический статус подростков с соматоформными расстройствами.

По окончании 2-ой фазы исследования в группе подростков, получавших комплексную психотерапию психотерапию наблюдалась значительная, более 50%, редукция симптоматики по подшкалам соматизации (72,2%), межличностной чувствительности (60,0%), враждебности (69,2%) и фобической тревоги (58,3%). Менее

выраженная редукция симптоматики отмечалась по подшкалам депрессии (44,4%), тревоги (42,9%) и психотизма (40,0%) (табл.3).

Обращает на себя внимание то, что профили средних значений шкал SCL-90-R нормативного ряда и группы 2Б после лечения, имели сходную конфигурацию, но различались по выраженности всех показателей, кроме подшкал тревоги и фобической тревоги, которые превышали показатели нормативного ряда. Выраженность всех остальных показателей в исследуемой группе, после курса терапии, было ниже показателей нормативного ряда что, возможно, указывало на определенный уровень невротизации и соматизации у подростков, включенных в нормативный ряд.

По окончании 16-ти недельного курса комплексной психотерапии, у подростков - респондеров к лечению, наблюдалась более выраженная редукция симптоматики по подшкалам соматизации (72,2%), враждебности (69,2%), межличностной чувствительности (60,0%) по сравнению с группой, получавшей кардиотропную терапию, где эти показатели составляли соответственно (61,9%), (20,0%) и (18,2%). В группе 2А наблюдалась более выраженная редукция симптоматики по подшкалам тревоги (73,3%), депрессии (57,1%) и фобической тревоги (70,6%), чем в группе 2Б. По подшкалам обсессивно-компульсивных нарушений и психотизма степень редукции в группах сравнения 2А и 2Б была сопоставимой (табл. 3).

Таблица 3

Сравнительная характеристика динамики психического состояния подростков с соматоформными расстройствами по подшкалам клинической шкалы самоотчета SCL-90-R под влиянием 16-ти недельных курсов комплексной психотерапии и кардиотропной терапии

Подшкалы шкалы DEROGATIS (SCL-90-R)	Группы 2А и 2Б								Уровень различия между группами 1 и 2 (Т-сравнения)	Норматив- ные данные Московс- кого НИИ МЗ РФ (M _n)
	Психотерапия (группа 2Б; N=24)				Кардиотропная терапия (группа 2А; N=26)					
	До начала 2-ой фазы лечения X ₁ ± δ	Через 16 недель терапии X ₂ ± δ	Степень редукции (%)	Уровень различий Т - критерии	До начала 2-ой фазы лечения X ₁ ± δ	Через 16 недель терапии X ₂ ± δ	Степень редукции (%)	Уровень различий Т - критерии		
Соматизация (SOM)	1,8±0,2	0,5±0,3	72,2	17,7	2,1±0,4	0,8±0,3	61,9	12,5	1,6	0,80
Обсессивно- компульсивные нарушения (OC)	0,7±0,4	0,5±0,3	28,6	2,0	0,9±0,3	0,6±0,2	33,3	4,0	0,7	0,75
Межличностная чувствительность (INT)	1,5±0,8	0,6±0,4	60,0	4,9	1,1±0,6	0,9±0,5	18,2	1,2	6,4	0,90
Депрессия (DEP)	0,9±0,5	0,5±0,4	44,4	3,1	1,4±0,75	0,6±0,4	57,1	6,0	1,9	0,75
Тревога (ANX)	1,4±0,5	0,8±0,5	42,9	4,2	1,5±0,6	0,4±0,3	73,3	7,9	4,7	0,65
Враждебность (NOS)	1,3±0,5	0,4±0,2	69,2	8,2	1,0±0,5	0,8±0,4	20,0	1,5	7,5	0,70
Фобическая тревога (PHOB)	1,2±0,6	0,5±0,4	58,3	4,8	1,7±0,6	0,5±0,3	70,6	8,6	1,9	0,35
Параноидное мышление (PAR)	0,5±0,4	0,5±0,4	0	0	0,6±0,3	0,5±0,3	16,7	1,1	2,5	0,70
Психотизм (PSY)	0,5±0,3	0,3±0,2	40,0	2,7	0,8 ±0,4	0,5±0,3	37,5	2,9	0,4	0,40

Клиническая эффективность психофармакотерапии соматоформных расстройств у подростков не чувствительных к психотерапии и кардиотропному лечению.

По окончании 8-ми недельной фазы исследования в группе подростков, получавших сертралин (группа 3А), наблюдалась существенно более выраженная редукция симптоматики по подшкалам соматизации (66,7%), обсессивно-компульсивных нарушений (77,8%), депрессии (77,8%), тревоги (66,7%), фобической тревоги (83,3%) и психотизма (54,6%) по сравнению с группами сравнения (табл.4).

В группе подростков, получавших ламотриджин (группа 3Б) значительная, более 50%, редукция симптоматики наблюдалась

только по трем подшкалам: соматизации (59,1%), депрессии (53,3%) и тревоги (54,6%), хотя степень выраженности редукции существенно уступала аналогичным показателям в группе 3А.

В группе подростков, принимавших инстенон (группа 3В), наблюдалась наименее выраженная редукция симптоматики по подшкалам соматизации (57, 9%), депрессии (47,1%) и тревоги (52,4%) по сравнению с соответствующими подшкалами двух других групп сравнения. Необходимо отметить, что в этой группе подростков степень редукция фобической тревоги составила (58,8%,) что было значительно ниже аналогичного показателя в группе 3А (83,3%), но выше, чем в группе 3Б (46,7%).

Таблица 4

Влияние дифференцированной психофармакотерапии на психическое состояние подростков с соматоформными расстройствами по подшкалам клинической шкалы самоотчета SCL-90-R у нонреспондеров к психотерапии и кардиотропной терапии

Подшкалы шкалы DEROGATIS (SCL-90-R)	Группы 3А, 3Б, 3В									Уров- ень различ- ий (χ²)	Норматив- ные данные Московско- го НИИ МЗ РФ (M _n)
	Сертралин (группа 3А; N=23)			Ламотриджин (группа 3Б; N=21)			Инстенон (группа 3В; N=23)				
	До лечения (X ₁ ±δ)	После лечения (X ₂ ±δ)	Степень редукции (%δ)	До лечения (X ₁ ± δ)	После лечения (X ₂ ± δ)	Степень редукции (%I)	До лечения (X ₁ ± δ)	После лечения (X ₂ ± δ)	Степень редукции (%i)		
Соматизация (SOM)	2,1±0,5	0,7±0,2	66,67	2,2±0,5	0,9±0,4	59,09	1,9±0,5	0,8±0,3	57,89	22,50	0,80
Обсессивно- компульсив- ные нарушения (OC)	1,8±0,6	0,4±0,3	77,78	1,4±0,6	0,8±0,5	42,86	1,6±0,7	1,1±0,7	31,25	14,91	0,75
Межличностная чувст- вительность (INT)	1,4±0,8	1,0±0,6	28,57	1,3±0,8	0,7±0,4	46,15	1,1±0,6	0,8±0,5	27,27	4,50	0,90
Депрессия (DEP)	1,8±0,7	0,4±0,2	77,78	1,5±0,7	0,7±0,4	53,33	1,7±0,5	0,9±0,5	47,06	18,52	0,75
Тревога (ANX)	2,1±0,8	0,7±0,5	66,67	2,2±0,5	1,0±0,6	54,55	2,1±0,7	1,0±0,4	52,38	20,71	0,65
Враждебность (NOS)	1,5±0,7	0,8±0,4	46,67	1,2±0,6	0,7±0,4	41,67	1,3±0,6	0,9±0,5	30,77	6,17	0,70
Фобическая тревога (PHOV)	1,2±0,6	0,2±0,1	83,33	1,5±0,6	0,8±0,5	46,67	1,7±0,6	0,7±0,4	58,82	17,26	0,35
Параноидное мышление (PAR)	1,1±0,6	1,1±0,4	0	1,1±0,6	1,1±0,6	0	0,7±0,4	0,7±0,3	0	0	0,70
Психотизм (PSY)	1,1±0,6	0,5±0,4	54,55	1,1±0,6	1,1±0,6	0	0,5±0,3	0,5±0,3	0	2,86	0,40

Психофармакотерапия продемонстрировала высокую эффективность при лечении соматоформных расстройств у подростков, резистентных к комплексной психотерапии и лечению кардиотропными препаратами.

Спектр психотропной активности сертралина, ламотриджина и инстенона был различным.

Сравнительный анализ особенностей редукции психопатологической симптоматики при различных вариантах психофармакотерапии, показал, что в группе подростков, принимавших инстенон, наблюдалась опережающая, статистически достоверная относительно групп сравнения, редукция собственно вегетативных нарушений: лабильности артериального давления, респираторных нарушений (одышки, гипервентиляции), тахикардии, астенических головных болей, кардиалгий.

Результаты факторного анализа продемонстрировали наличие тесной корреляционной связи между указанными признаками, что давало основание для объединения их в интегральный фактор, названный нами «психовегетативный симптомокомплекс». Вышеуказанный симптомокомплекс проявлял афинитет к терапии инстеконом и сертралином.

Математический анализ показал, что позитивное влияние инстенона на соматоформные расстройства у подростков в 84,6% случаев связано с ускоренной редукцией симптомов, включенных в вышеуказанный интегральный фактор.

В группе подростков, принимавших сертралин, наблюдалась опережающая, статистически достоверная, относительно групп сравнения, редукция с одной стороны соматических эквивалентов гипотимии и тревоги в виде: тяжести в

конечностях, спине или голове, мышечных болей; сухости кожных прокровов, метеоризма, сухости во рту, склонности к запорам, пресомнических, интрасомнических и постсомнических нарушений; витальноастенической симптоматики, ипохондрических; деперсонализационных и дереализационных нарушений, с другой стороны – собственно гипотимических проявлений в виде: чувства подавленности, безнадежности, беспомощности; заниженной самооценки; суточной периодики жизненного тонуса.

Указанные выше расстройства, на основании математического анализа, объединены нами в рамках интегрального фактора «гипотимия с соматическим синдромом».

Наибольшее влияние на редукцию признаков, включенных в фактор оказывал, по нашим данным, сертралин. При терапии сертралином позитивное влияние на соматоформные расстройства у подростков в 18,3% случаев было связано с ускоренной редукцией интегрального фактора «психовегетативный синдром», 70,2% - «гипотимия с соматическим синдромом».

У подростков, принимавших ламотриджин, наблюдалась опережающая, статистически достоверная относительно групп сравнения редукция: двигательных диссоциативных нарушений, нарушений кожной чувствительности, аффективной лабильности, раздражительности, чувства беспокойства, сенсорной гиперестезии. Указанные выше расстройства входят в понятие раздражительной слабости и соматической конверсии.

На основании математического анализа, данные расстройства объединены нами в рамках интегрального фактора «органического дизонтогенеза».

Наибольшее влияние на редукцию вышеуказанного фактора оказывали, по нашим данным, сертралин и ламотриджин. Сертралин эффективно купировал гиперестетические нарушения: раннюю инсомнию, аффективную лабильность,

раздражительность, чувство беспокойства, напряженности, сенсорную гиперестезию, уступая ламотриджину по эффективности в купировании диссоциативных симптомов: диссоциативных двигательных нарушений; нарушений кожной чувствительности. При терапии ламотриджином наблюдалась статистически достоверная редукция алгических симптомов: мышечных болей; кардиалгий.

Математический анализ показывает, что позитивное влияние препарата ламотриджина на соматоформные расстройства у подростков в 72,3% случаев было связано с ускоренной редукцией выделенного интегрального фактора «органического дизонтогенеза» и различной алгической симптоматики.

Таким образом, настоящее исследование продемонстрировало обоснованность и эффективность дифференцированного применения у подростков с соматоформными расстройствами психотерапии и медикаментозного лечения. Доказана эффективность применения некардиоселективных бета-адреноблокаторов, вегетостабилизаторов, ингибиторов обратного захвата серотонина и современных тимостабилизаторов.

Лечение подростков с соматоформными расстройствами целесообразно начинать с комплексной психотерапии и кардиотропного лечения. О неэффективности психотерапии можно судить не ранее, чем через 16 недель лечения. После 8-ми недель терапии, при недостаточной эффективности психотерапии, целесообразно подключение психофармакотерапии. Препаратами выбора, при медикаментозном лечении подростков с невротическими нарушениями сердечно-сосудистой системы могут быть сертралин, инстенон или ламотриджин. Выбор препарата целесообразно проводить на основании этиопатогенетической идентификации актуальных психических и соматовегетативных расстройств.

С.І. Табачников, І.А. Марценковський, Я.Б. Бикинаєва

ТЕРАПІЯ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ: ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ТА ЇХНЯ ЕФЕКТИВНІСТЬ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології

Аналізується терапевтична ефективність психотерапії і медикаментозного лікування у підлітків із соматоформними розладами. Обґрунтовується доцільність диференційованого застосування психотерапії, кардіологічних ліків, інстенону, сертралина, ламотриджина. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 4 (14). — С. 8-16)

THERAPY SOMATOFORM DISORDER AT TEENAGERS: THERAPEUTIC APPROACHES AND THEIR EFFICIENCY

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology

Therapeutic efficiency of psychotherapy and medicamentous treatment at teenagers with somatoform disorders is analyzing. The expediency of the selectively proved application of psychotherapy, cardiological medicines, instenon, sertraline, lamotrigine is proved. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 4 (14). — P. 8-16)

Литература

1. Briquet P. Traite clinic et therapeutique de hysterie. - Paris. - 1859. - 256 p.
2. Escobar J.I., Canino G. Unexplained physical complaints. Psychopathology and epidemiological correlates // Brit. J. Psychiatr. - 1980. - Vol. 154. - P. 24-27.
3. Escobar J.I., Burnam M.A., Karno M. et al. Somatization in the community // Arch. Gen. Psychiatr. - 1987. - Vol. 44. - P. 713-718.
4. Kellner R. Somatization. Theories and Research // J. Nerv. Ment. Dis. - 1990. - Vol. 3. - P. 150-160.
5. Van Hemert A.M., Hengeveld M.W., Bolk J.H. et al. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic // Psychol. Med. - 1993. - Vol. 23. - P. 167-173.
6. Белокопы Н. А., Кубергер М. Б. Болезни сердца и сосудов у детей: Руководство для врачей. - М.: Медицина. - 1987. - Т. 1. - 448 с.
7. Гаранян П.Г., Холмогорова А.Б. Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками. Часть II: Практическая реализация подхода // МПЖ. - 1996. - № 1. - С. 59-71
8. Бикшаева Я.Б. Семейная психотерапия подростков с соматоформными расстройствами: интеграция когнитивных, бихевиоральных и психодинамических концептуально-методических подходов // Архів психіатрії. - 2003. - Т.9, № 4 (35) . - С.123-130.
9. Franke G.H. Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL-90) als Forschungsinstrument. Diagnostica. - 1992. - Vol. 38. - P. 160-167.

Поступила в редакцию 5.07.2004