

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/309534185>

ПСИХОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПСЕВДООБСЕССИЙ = Psychopathogenetically oriented methods of the therapies of pseudoobsessions

Article · January 2015

CITATIONS

0

READS

63

1 author:



[Natalia Danilevska](#)

Zaporozhye State Medical University

19 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

11. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study / [Ayuso-Mateos J. L., Vazquez-Barquero J. L., Dowrick C. et al.] // Br J Psychiatry. — 2001; 179: 308—16.

12. Depression and Anxiety in the United States: Findings From the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System / [Strine T. W., Mokdad A. H., Balluz L. S. et al.] // Psychiatr Serv. — 2008; 59 (12): 1383—90.

13. Kroenke K. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome / K. Kroenke, A. D. Mangelsdorff // Am J Med. — 1989; 86(3): 262—6.

14. Atlas of Migraine and Other Headaches / S. D. Silberstein, M. A. Stiles, W. B. Young (eds). — [2nd edition]. — London and New York : Taylor and Francis, 2005. — 138 p.

15. Stahl S. M. Essential Psychopharmacology of Depression and Bipolar Disorder / S. M. Stahl, Stephen M. Stahl. — Cambridge University Press, 2000. — 175 p.

16. Bendtsen L. Central sensitization in tension-type headache — possible pathophysiological mechanisms / L. Bendtsen // Cephalalgia. — 2000; 20: 486—508.

Надійшла до редакції 10.09.2015 р.

ГРИЦАЙ Анна Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей практики — семейной медицины Запорожского государственного медицинского университета, Запорожье; e-mail: nusha260408@rambler.ru

GRYTSAY Anna, Associate Professor of Department of general practice — family medicine of Zaporizhzhia State medical University, Zaporizhzhia; e-mail: nusha260408@rambler.ru

УДК 616-002.3-039.5-085.851

Н. В. Данилевская

ПСИХОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ПСЕВДООБСЕССИЙ

Н. В. Данілевська

Психопатогенетично орієнтовані методи терапії псевдообсесій

N. V. Danilevska

Psychopathogenetically oriented methods of the therapies of pseudoobsessions

В статье представлены психопатогенетически ориентированные методы терапии псевдообсесий у больных шизофренией, выделенные на основании анализа литературных источников и обследования больных шизофренией с псевдообсесивной симптоматикой, проходящих лечение на базе КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС.

Авторы подчеркивают, что выявляемую у больных шизофренией обсесивную симптоматику правильнее квалифицировать как псевдообсесивную, ввиду эндогенности нозографической принадлежности семиотики.

Отмечаясь резистентность псевдообсесивных явлений у больных шизофренией к классическим методам терапии обсесий обусловила цель исследования — выделение терапевтических методов коррекции псевдообсесивных переживаний у больных шизофренией и их психопатогенетическое обоснование.

Проведенное исследование позволило выделить и систематизировать психопатогенетически ориентированные методы терапии псевдообсесий у больных шизофренией. Среди них рассмотрены психофармакотерапия (нейролептическая, антидепрессивная и др.), биологические методы терапии, психотерапия. Отдельное внимание уделено облигатному и факультативному звеньям психотерапии как дополнительному методу терапии триггеров псевдообсесий.

Ключевые слова: псевдообсесии, шизофрения, психотерапия, фармакотерапия

У статті наведені психопатогенетично орієнтовані методи терапії псевдообсесій у хворих на шизофренію, які виокремлені на підставі аналізу літературних джерел та обстеження хворих на шизофренію з псевдообсесивною симптоматикою, що проходили лікування на базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР.

Автори наголошують, що наявну у хворих на шизофренію обсесивну симптоматику правильніше кваліфікувати як псевдообсесивну, зважаючи на ендогенність нозографічної приналежності семіотики.

Відзначена резистентність псевдообсесивних проявів у хворих на шизофренію до класичних методів терапії обсесій зумовила мету дослідження — виокремлення терапевтичних методів корекції псевдообсесивних переживань у хворих на шизофренію та їх психопатогенетичне обґрунтування.

Проведене дослідження дозволило виокремити та систематизувати психопатогенетично орієнтовані методи терапії псевдообсесій у хворих на шизофренію. Серед них розглянуті психофармакотерапія (нейролептична, антидепресивна та ін.), біологічні методи терапії, психотерапія. Окрему увагу приділено облигатній і факультативній ланкам психотерапії як додаткового методу терапії тригерів псевдообсесій.

Ключові слова: псевдообсесії, шизофренія, психотерапія, фармакотерапія

The article presents psychopathogenesis oriented methods of therapy of pseudoobsessions in patients with schizophrenia, selected on the basis of analysis of literary sources and examination of patients with schizophrenia and pseudoobsessions symptoms, which treated on the basis of Public Health Institution "Regional clinical mental hospital" of the Zaporizhzhian regional council.

The authors emphasized that detectable in patients with schizophrenia obsessive symptoms more correctly be described as pseudoobsessions due to the endogenous nosological accessories semiotics.

Pseudoobsessions observed resistance phenomena in schizophrenia patients towards classical therapy of obsessions was the purpose of the study is the selection of therapeutic methods of correction pseudoobscura experiences in patients with schizophrenia and their psychopathogenesis justification.

The research allowed to distinguish and systemize psychopathogenesis oriented methods of therapy of pseudoobsessions in patients with schizophrenia. Among them, considered psychopharmacotherapy (antipsychotic, antidepressant, etc.), biological therapies, psychotherapy. Special attention is paid to obligatory and optional parts of psychotherapy as an additional method of therapy triggers pseudoobsessions.

Keywords: pseudoobsessions, schizophrenia, psychotherapy, pharmacotherapy

Обсесивная симптоматика упоминается в числе неспецифических, но осевых симптомов шизофрении мно-

гими клиницистами и исследователями. Так, существуют указания на выявление обсесивно-компульсивных проявлений примерно у 76—85 % больных с установленным диагнозом шизофрения [1].

Не последнюю роль в соотношении имеющихся феноменов с обсессиями играет физикальная практика интерпретации любых повторяющихся мыслей/представлений/переживаний как «навязчивых». Однако отмечающаяся резистентность подобных проявлений к классическим методам терапии обсессий, как и неизбежная морфопластическая модификация в специфические для шизофрении феномены, заставляет изменить нозографическую принадлежность семиотики в сторону эндогенной с квалификацией обсессивных явлений как псевдообсессивных и искать новые, специфические для них методы и алгоритмы терапии.

Таким образом целью работы стало выделение терапевтических методов коррекции псевдообсессивных переживаний у больных шизофренией и их психопатогенетическое обоснование.

Был проведен контент-анализ научных материалов по теме исследования, медицинской документации. Также были обследованы 42 пациента с диагнозом шизофрения (F20.0), в клинической картине которых присутствовали псевдообсессивные феномены, проходивших лечение на базе КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС.

Применяли следующие методы исследования: контент-анализ, клиничко-психопатологический, психодиагностический, клиничко-психофеноменологический.

Проведенное исследование позволило выделить и систематизировать психопатогенетически ориентированные методы терапии псевдообсессий у больных шизофренией.

Сегодня можно говорить, что псевдообсессии представляют собой психопатологическое явление, феноменологически подобное обсессиям (навязчивые мысли/представления), но отличающееся от них патогенетически (принадлежностью к эндогенному регистру) и качественно (являясь нарушениями ассоциативного процесса мышления, в т. ч. элементами идеаторного автоматизма, психическими галлюцинациями и пр., а также параноидными включениями, чаще в структуре симплекс-комплекса).

Понимание генеза псевдообсессий, а также коморбидной семиотики в общности взаимообуславливающих связей, предопределяет методы саногенного воздействия в комплексной терапии пациентов с псевдообсессивной симптоматикой. В структуре терапии псевдообсессий можно выделить следующие методы:

1. Психофармакотерапия. В ее контексте наиболее широкое применение получили нейролептические препараты, в т. ч. в комбинации с антидепрессантами (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина — СИОЗС, ингибиторы обратного захвата серотонина — ИОЗС и др.) и/или транквилизаторами; также допускается применение антиконвульсантов в случае отсутствия ответа на комбинированную терапию [3—6].

При этом препаратами выбора среди нейролептиков называют антипсихотики второго поколения. Это связано, с одной стороны, с ограничениями, налагаемыми типичными нейролептиками, с другой — большей клинической эффективностью препаратов с более выраженными дофаминергическим и серотонинергическим эффектами в контексте терапии данной патологии.

В литературе встречаются отдельные указания на усиление обсессивной симптоматики в случае монотерапии препаратами антипсихотического действия, преимущественно — низкопотентными традиционными нейролептиками, что объясняется дозозависимым эф-

фектом и подтверждается купированием обсессивных симптомов в случае повышения доз препарата [1].

Что же касается антидепрессантов, то существующие указания на эксацербацию галлюцинаторно-бредовой симптоматики у больных шизофренией в случае терапии антидепрессантами говорят в пользу недопустимости монотерапии и осторожности назначения в рамках комбинированного применения у больных с псевдообсессиями. В первую очередь критерием выбора антидепрессантов должен выступать генез обсессивных явлений: идет речь о псевдообсессиях или коморбидных шизофрении истинных обсессиях.

В последних исследованиях отмечается роль витаминотерапии, в особенности В₁₂, в достижении клинического облегчения обсессивных явлений, что позволяет рассматривать эту фармакологическую группу как дополнительное звено в лечении псевдообсессий [8].

Здесь же следует подчеркнуть, что кроме нейролептических препаратов (теоретическое обоснование которых в терапии псевдообсессий представляется неоспорим ввиду регистровой принадлежности патологии), препараты остальных групп не имеют четко доказанного фармакокинетического тождества с психопатогенезом псевдообсессий, несмотря на отмечаемый в отдельных наблюдениях клинический эффект.

2. Биологические методы терапии. Вековой опыт применения биологических методов терапии в лечении больных шизофренией, а также внесение электросудорожной терапии в протоколы лечения больных обсессивно-компульсивным расстройством позволяет говорить о рациональности рассмотрения этой группы методов в качестве альтернативы в лечении псевдообсессий, в т. ч. в качестве патогенетического метода терапии. К биологическим методам в контексте терапии псевдообсессий можно отнести электросудорожную терапию, транскраниальную магнитную стимуляцию, глубокую стимуляцию мозга, атропинокоматозную терапию и др. [2, 4].

3. Психотерапия. Психотерапия в контексте лечения псевдообсессий — *de facto* нарушений мышления эндогенного генеза как компонентов параноидного синдрома — сегодня не позиционируется ни как метод выбора, ни как дополнительный метод, а её применение носит стохастический характер (и, как ни парадоксально, чаще обусловлено неверной клинической идентификацией псевдообсессий как тривиальных психогенных обсессий). Психотерапию в контексте псевдообсессий можно рассматривать лишь как метод нивелирования триггеров псевдообсессий и коррекции коморбидных истинно невротических состояний.

Отсюда проистекает формальное разграничение психотерапии больных с псевдообсессиями на *облигатную* — психотерапию собственно псевдообсессий и *факультативную*, которая, в свою очередь, подразделяется на две части: *контртриггерную* — психотерапию триггеров псевдообсессий и *контркомпликационную* — психотерапию осложнений псевдообсессий.

В виду эндогенности псевдообсессий именно факультативное звено занимает в системе суппортивной терапии и психопрофилактики вышеозначенной психической патологии ведущую роль.

Облигатное звено психотерапии патофизиологически направлено на нивелирование «застойного» очага патофизиологической теории генеза обсессий (согласно патофизиологической теории генеза обсессий) — либо за счёт его рассеивания, либо за счёт подавления оппозиционным очагом возбуждения.

В связи с этим [гипно]суггестивная терапия (включая аутосуггестию), которая позиционируется как действенный метод терапии obsesий и призвана, наряду с когнитивно-бихевиоральной терапией, решать подобные задачи, с осторожностью должна применяться у пациентов с шизофренией, ввиду предполагаемой общности психофизиологической основы своей реализации и патогенеза шизофрении, где одним из факторов называется развитие ультрапарадоксальной фазы торможения коры головного мозга («хроническое гипнотическое состояние», по И. П. Павлову), что не исключает, а даже предполагает риск экзацербации психопатологических расстройств у пациентов с шизофренией, амплификации либо модификации содержания псевдоobsесивных переживаний.

Напротив, применение таких, — не обладающих гипногенным эффектом, — методов, как «десенсибилизация и переработка движением глаз» (изначально возник в качестве метода терапии посттравматического стрессового расстройства и направлен на нивелирование патологического возбуждения за счёт «перезаписи» информации), «систематическая десенситизация» (вариант когнитивно-бихевиоральной терапии, использующий механизм «реципрокного торможения») и симультанно-мнестическая терапия, или психометодология (эксплуатирует мнестические феномены, прежде всего процессы «забывания»), — поможет успешно справиться с поставленной задачей.

Сюда же следует отнести методику «Подпорогового вербального внушения», адаптированную для [псевдо]obsесивной патологии. Методика представляет сочетание сути нейролингвистического программирования и суггестии в состоянии бодрствования и направлена на создание конкурентного [псевдо]obsесивному очага возбуждения с саногенными контрobsесивными формулами. Возможность миновать сферу сознательного в этом случае позволяет избежать риска экзацербации псевдоobsесий в процессе терапии за счет ретроспекции и ревозрождения специфических триггеров псевдоobsесий [7].

Можно допустить использование психотерапевтических и физиотерапевтических методик, направленных на коррекцию ультрапарадоксальной фазы торможения коры головного мозга (библиотерапия, бинауральные стереосигналы определенных частот и т. д.).

Психопатогенетическая направленность облигатного звена психотерапии псевдоobsесий реализуется посредством вовлечения когнитивной сферы пациента через рациональную психотерапию и психообразование с целью формирования понимания/принятия генеза псевдоobsесий; подобные воздействия призваны сдерживать формирование характерных для псевдоobsесий ретроградного переосмысления анамнестических данных относительно их возникновения, модификацию содержания переживаний и вторичное оформление компульсивных действий/ритуалов.

Также психопатогенетическую подоплёку имеет психотерапия явления «коobsесивной реактивности» — кратковременных нарушений, преимущественно в аффективной сфере, обрамляющих [псевдо]obsесивную симптоматику.

Данные проявления не являются частью псевдоobsесий и фактически представляют собой отчасти компоненты классического obsесивного синдрома (о генезе формирования которого в рамках псевдоobsесий будет сказано ниже), отчасти элементы психогенной

реакции на содержание псевдоobsесий. Ввиду подобия психопатогенетических механизмов для устранения коморбидной псевдоobsесии психопатологии применимы действенные по отношению к obsесиям методы: когнитивно-бихевиоральная терапия (либо близкая с ней рационально-эмоционально-поведенческая терапия), особенно методика «остановки мысли», и такой вариант поведенческой терапии, как экспозиционная («экспозиция и предотвращение реакций»), направленные не столько на редукцию obsесий, сколько на коррекцию эмоционального отношения и психовегетативной аранжировки. Сюда же возможно присоединение методик, направленных на нивелирование психовегетативной аранжировки псевдоobsесий в виде реакций тревожного круга, — когнитивно-бихевиоральная терапия, аутотренинг, релаксационные методики; возможно присоединение телесно-ориентированной терапии, иглорефлексотерапии и др.

Факультативное звено психотерапии. Контртриггерная часть факультативного звена направлена на нивелирование провоцирующего воздействия факторов экзацербации псевдоobsесий.

Триггеры псевдоobsесий следует разделять на неспецифические и специфические.

К первым относятся, к примеру, «фоновая невротизация», выполненная неудовлетворённостью повседневной жизнью, хроническим переутомлением, дистимией, астенизацией, повышенной тревожностью и тому подобным, что приводит к развитию дистресса и выступает психогенетически-патофизиологическим базисом экзацербации псевдоobsесий.

В рамках психопрофилактики и терапии неспецифических триггеров основное внимание следует уделять психогигиеническим мероприятиям с целью недопущения дестабилизации психического состояния как такового и коррекции наличествующих психоэмоциональных нарушений, в зависимости от доминирующего психопатологического проявления; спектр психотерапевтических методик в этом ключе разнообразен и ограничен лишь ранее отмеченными противопоказаниями.

Специфические триггеры неразрывно связаны с индукцией либо экзацербацией псевдоobsесии; они подразделяются на следующие четыре подгруппы.

1. Психогенно-обусловленные триггеры, как вариант ответа на изначально психопатогенетически не связанные, но совпавшие с псевдоobsесиями во времени и приобретшие свойства «пусковых», ситуации; к психогенно обусловленным триггерам можно отнести и ипохондрическую фиксацию на [псевдо]obsесиях, когда навязчивости вызываются настороженностью в отношении возникновения, ожиданием псевдоobsесий, страхом их повторения, возвращением чувственного переживания obsесии за счёт концентрации внимания на воспоминаниях о ней; в случае формирования психогенно обусловленных триггеров можно говорить о явлении дубликации — невротическом дублировании изначально эндогенных псевдоobsесивных явлений (фактически речь идёт об obsесивном расстройстве невротического генеза, фабула переживаний которого воспроизводит фабулу эндогенной [псевдо]obsесии).

На распространенную подгруппу триггеров в полной мере распространяются принципы облигатного звена психотерапии псевдоobsесий, равно как и методы: поведенческие методики в комплексе с психодинамической

терапией для выявления и разрыва патологической связи «триггер — псевдообсессия».

2. Эндогенные триггер-феномены, связанные с псевдообсессивными переживаниями по паралогическому принципу, не имеющие объективной инклюзивно-анамнестической обусловленности и фактически представляющие собой нарушения ассоциативного процесса и суждений либо искажения восприятия.

Для коррекции эндогенных триггер-феноменов возможно применение таких методов, как рациональная психотерапия и психообразование.

3. Декомпенсация ассоциированных с обсессиями («прообсессивных») черт личности (в том числе психастенических, ананкастных). Обычно нивелирующиеся у пациентов, страдающих шизофренией, за счёт развития специфического дефекта (замена семиотических проявлений клинически схожими, но иной регистровой принадлежности), они всё же могут отличаться устойчивостью, входить в качественную структуру дефекта, потенцироваться последним, давать своеобразные эксцессы вследствие воздействия эндогенных и/или экзогенных (включая психогенные) факторов.

Методы психотерапии в этом случае в целом отвечают принципам коррекции расстройств личности; предпочтение отдаётся когнитивно-бихевиоральной и психодинамической психотерапии, возможно применение релаксационных методик.

4. А-комплаентность — под которой понимается нарушение пациентами приверженности к проводимой терапии — и, как следствие, нивелирование саногенного эффекта превентивных мер.

Психотерапевтический арсенал включает преимущественно рациональную психотерапию, когнитивно-бихевиоральную терапию в суггестивной аранжировке и психообразование.

Контркомпликационная часть факультативного звена психотерапии неразрывно связана с «постобсессивной невротизацией» как вариантом отдалённого психологического ответа индивида на наличие обсессивной симптоматики, в том числе обусловленного фабулой псевдообсессивных переживаний и её бредовой интерпретацией, патогенетически сопутствующими психопатологическими феноменами тревожного и астенического кругов и вынужденным нарушением социального функционирования.

Спектр применяемых в этом контексте методов психотерапии широк и неспецифичен. Приемлемы когнитивно-бихевиоральная, рациональная, симультанно-мнестическая, суггестивная психотерапия, релаксационные методики, аутотренинг (в том числе в психотоническом варианте); возможно присоединение иглорефлексотерапии etc.

В систематизированном виде облигатное и факультативное звенья терапии псевдообсессий представлены в таблице.

Облигатные и факультативные звенья терапии псевдообсессий

Терапевтическая часть	Феномен	Патологический базис	Психотерапевтический метод	Фармакологическая терапия	Биологическая терапия
Облигатное звено терапии					
Патофизиологическая часть	Псевдообсессии	Очаг патологически инертного возбуждения, ультрапарадоксальная фаза торможения коры головного мозга	«Десенсибилизация и переработка движением глаз», «систематическая десенсибилизация», симультанно-мнестическая психотерапия, «подпороговое вербальное внушение»	Нейролептическая терапия: противопоказаны антипсихотики второго поколения — с антисеротонинергическим эффектом; предпочтительны антипсихотики с дофаминергическим и серотонинергическим эффектами; СИОЗС, ИОЗС, витаминотерапия (с акцентом на витамин В ₁₂)	Электродорожная терапия, атропинокоматозная терапия
Психопатогенетическая часть	Ретроградное перенесение анамнестических данных относительно псевдообсессий и их причин, бредовая модификация фабулы	Нарушение ассоциативного процесса мышления и суждений, «психические галлюцинации»	Рациональная психотерапия, психообразование	Нейролептическая терапия	—
	«Кообсессивная реактивность»	Нарушение аффекта (тревога, страх); нарушение концентрации внимания и его аффективное сужение; нарушение волевого компонента; психосенсорные расстройства	Когнитивно-бихевиоральная терапия, «остановка мыслей», «экспозиция и предотвращение реакций»	Терапия антидепрессантами (СИОЗС, ИОЗС и др.), транквилизаторы	—
	Психовегетативная аранжировка	Анксиозные реакции	Когнитивно-бихевиоральная терапия, аутотренинг, телесно-ориентированная терапия, иглорефлексотерапия, релаксационные методики	Терапия психотропными препаратами с вегетостабилизирующим действием; транквилизаторы, седативные средства	—

Терапевтическая часть	Феномен	Патологический базис	Психотерапевтический метод	Фармакологическая терапия	Биологическая терапия
Факультативное звено терапии					
Контртриггерная часть	А-комплаентность	Патологический тип отношения к заболеванию, неверная информированность, рентные установки etc.	Рациональная психотерапия, когнитивная и поведенческая терапия с суггестивным компонентом, психообразование	Коррекция психофармакотерапии при необходимости	—
	«Фоновая невротизация»	Фрустрация, хроническое переутомление, астенизация, дистимия, повышенная тревожность etc.	Психогигиена, релаксационные методы, ауто-суггестия (включая психотоническую тренировку) etc.	Адаптогены, витаминотерапия, симптоматическая психофармакотерапия	—
	Психогенный триггер	«Флэшбэк»; нарушение аффекта (тревога, страх); ипохондрическая фиксация на псевдообсессиях	«Десенсибилизация и переработка движением глаз», симультанно-мнестическая психотерапия, «подпороговое вербальное внушение», когнитивно-бихевиоральная терапия, «экспозиция и предотвращение реакций», психодинамическая терапия	Транквилизаторы	—
	Эндогенный триггер	Нарушение ассоциативного процесса мышления и суждений, «психические галлюцинации»; расстройства восприятия	Рациональная психотерапия, психообразование	Нейролептическая терапия	—
	Декомпенсация про-обсессивных черт личности	Прообсессивные черты личности, акцентуация характера, расстройство личности	Когнитивно-бихевиоральная терапия, психодинамическая психотерапия, релаксационные методики	Симптоматическая психофармакотерапия	—
Контркомпликационная часть	«Постобсессивная невротизация»	Нарушение эмоционального фона (снижение настроения, базальная тревога, эмоциональная напряженность)	Суггестивная психотерапия, релаксационные методики etc.	Терапия антидепрессантами (СИОЗС, ИОЗС и др.), транквилизаторы, адаптогены, витаминотерапия	—
		Астенизация	Релаксационные методики		
		Социальная дезадаптация	Когнитивно-бихевиоральная терапия, рациональная психотерапия		
		«Личностная деформация»			

Таким образом, проведенное исследование позволило отметить отсутствие на сегодня должной теоретико-фундаментальной и доказательной базы лечения псевдообсессий у больных шизофренией; в настоящее время не существует каких-либо специфических методологий и терапевтических тактик для коррекции псевдообсессий в силу довлеющей практики избегания разграничения обсессивной и псевдообсессивной патологии; имеющиеся же коррекционные указания зачастую базируются на отдельных клинических наблюдениях либо имеют явное тождество с терапией истинных обсессий.

Проведенная попытка патогенетического и психопатогенетического обоснования терапевтических направлений позволила выделить ключевые из них для коррекции псевдообсессий. Среди основных можно назвать: психофармакологическое, биологическое, психотерапевтическое направления.

Нейролептические препараты, целесообразность и предпочтительность применения которых ввиду регистровой принадлежности патологии представляется

неоспоримой, рекомендуется ограничить атипичными антипсихотиками с дофаминергическим и серотонинергическим эффектами; возможно присоединение в рамках комбинированной терапии антидепрессантов, транквилизаторов, антиконвульсивных препаратов, витаминотерапии.

Биологические методы терапии остаются желаемыми, и в современной клинике ограничиваются прежде всего этическими аспектами.

Психотерапевтические методы могут рассматриваться в качестве дополнительных основному лечению и используются для предупреждения либо нивелирования триггеров псевдообсессий и коррекции коморбидных псевдообсессиям истинно невротических состояний.

Список литературы

- Захарова К. В. Роль антипсихотических препаратов в лечении обсессивно-компульсивного расстройства: перспективы использования рисперидона / К. В. Захарова, Д. В. Ястребов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. — 2013. — № 3. — С. 70—77.

2. Капилетти С. Г. Монотерапия транскраниальной магнитной стимуляцией депрессивных и обсессивно-компульсивных состояний / С. Г. Капилетти, Э. Э. Цукарзи, С. Н. Мосолов // Новые достижения в терапии психических заболеваний / [под ред. С. Н. Мосолова]. — М.: Бином, 2002. — С. 593—605.

3. Колюцкая Е. В. Психофармакотерапия обсессивно-фобических расстройств при невротоподобной шизофрении / Е. В. Колюцкая // Сб. «Шизофрения и расстройства шизофренического спектра» / под ред. акад. А. Б. Смулевича. — М., 1999. — С. 127—148.

4. Мосолов С. Н. Современные тенденции в терапии обсессивно-компульсивного расстройства: от научных исследований к клиническим рекомендациям / С. Н. Мосолов // Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина — клинической практике) / под ред. С. Н. Мосолова. — М.: Социально-политическая мысль, 2012. — С. 669—702.

5. Павличенко А. В. Психофармакотерапия фобических и обсессивно-компульсивных расстройств при состояниях шизофренического спектра / А. В. Павличенко, Л. Г. Кессельман // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2009. — № 3—4. — С. 53—58.

6. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-

Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders / [B. Bandelow, J. Zohar, E. Hollander et al.] // World Jour. Biol. Psychiatry. — 2008. — Vol. 9. — № 4. — P. 248—312.

7. Danilevskaya N. Subthreshold verbal suggestion for treatment PTSD patient / N. Danilevskaya // Regional Seminar of European College of Neuropsychopharmacology (ECNP). — Ukraine, Odesa, 2015. — P. 45.

8. Vitamin B₁₂, folate, and homocysteine levels in patients with obsessive-compulsive disorder / [N. Türksoy, R. Bilici, A. Yalçiner et al.] // Neuropsychiatr Dis. Treat. — 2014. — № 10. — P. 1671—1675.

Надійшла до редакції 19.10.2015 р.

ДАНИЛЕВСКАЯ Наталья Владимировна, ассистент кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии Запорожского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Украины, г. Запорожье; e-mail: legennant@rambler.ru

DANILEVSKA Natalia, Assistant of the Department of psychiatry, psychotherapy, general and medical psychology, narcology and sexology of Zaporizhzhia State medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia; e-mail: legennant@rambler.ru

УДК 616.89 -02:616.831-001.31-036

О. В. Коршняк ВПЛИВ МЕЛАТОНІНА НА НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ В ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Е. В. Коршняк
Влияние мелатонина на непсихотические психические расстройства
у пациентов в отдалённом периоде закрытой черепно-мозговой травмы

О. V. Korshnyak
The influence of melatonin on non-psychotic mental disorders in patients
in a distant period of a closed brain injury

Легка черепно-мозкова травма призводить до розвитку стійкої дисфункції неспецифічних систем мозку і тривалих посттравматичних порушень. У віддаленому періоді має місце неврологічна й психопатологічна симптоматика. Нейрохімічні дослідження підтверджують зв'язок психічних порушень з біохімічними, ендокринними та імунними процесами в мозку та в організмі в цілому. Зміни продукції мелатоніна чітко пов'язані зі змінами у віддаленому періоді черепно-мозкової травми. Підвищення рівня мелатоніна є проявом компенсаторної реакції і спроби нормалізації енергетичного обміну, функцій медіаторів та пригнічення аутоімунних запальних процесів у певних структурах головного мозку, які відповідають за нейропсихологічні процеси.

Ключові слова: непсихотичні психічні розлади, черепно-мозкова травма, мелатонін, гормон, віддалені наслідки

Легкая черепно-мозговая травма приводит к развитию устойчивой дисфункции неспецифических систем мозга и длительным посттравматическим нарушениям. В отдаленном периоде имеет место неврологическая и психопатологическая симптоматика. Нейрохимические исследования подтверждают связь психических нарушений с биохимическими, эндокринными и иммунными процессами в мозге и в организме в целом. Изменения продукции мелатонина четко связаны с изменениями в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. Повышение уровня мелатонина является проявлением компенсаторной реакции и попыткой нормализации энергетического обмена, функций медиаторов и угнетения аутоиммунных воспалительных процессов в определенных структурах головного мозга, отвечающих за нейропсихологические процессы.

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, черепно-мозговая травма, мелатонин, гормон, отдаленные последствия

Mild traumatic brain injury leads to the development of sustainable dysfunction nonspecific brain systems and long-term post-traumatic disorders. In the long-term occur neurological and psychiatric symptoms. Neurochemical studies confirm the connection of mental disorders with biochemical, endocrine, and immune processes in the brain and in the body as a whole. Changes in melatonin production distinctly related to changes in the long term traumatic brain injury. Increasing melatonin is a manifestation of a compensatory reaction and an attempt to normalize the energy metabolism, functions of mediators and oppression of autoimmune inflammatory processes in specific brain structures that are responsible for neuropsychological processes.

Keywords: non-psychotic mental disorders, traumatic brain injury, melatonin, hormone, long-term consequences

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) встановлено, що на психічні захворювання страждають більш ніж 450 млн людей на планеті. В даний час спостерігається істотне збільшення і феномен «омолодження» психотичних захворювань [10, 11, 13]. Зростання психічної патології відзначається переважно за рахунок

збільшення кількості хворих з пограничною патологією. Непсихотичні психічні розлади (НПР) об'єднують групу розладів, що характеризуються переважанням проявів так званого невротичного рівня. НПР нерідко провокуються психогенними і фізіогенними чинниками.

Одним із найпоширеніших уражень нервової системи є закрыта черепно-мозкова травма (ЗЧМТ), статистика якої, на сьогоднішній день, становить близько 1,2 млн