

пациентов, исходно зависящих от переливаний тромбоцитов, в ходе исследования необходимость в таких трансфузиях отпала.

Нежелательные явления

Ожидаемыми и наиболее часто регистрируемыми случаями гематологической токсичности были нейтропения и тромбоцитопения, их тяжесть не превышала 2–3 степени.

Случаев негематологической и органной токсичности выше 2 степени не зарегистрировано.

Выводы

Схема введения децитабина, использованная в настоящем исследовании, позволила добиться ответа у 4 из 9 пациентов, причем ответ наблюдался при всех подтипах МДС.

Наблюдалась тенденция повышения вероятности ответа на децитабин при более короткой продолжительности заболевания.

Это свидетельствует о том, что больные МДС способны отвечать на децитабин независимо от подтипа МДС и факторов риска, но получение ответа более вероятно при коротком анамнезе заболевания.

Хотя антимикробная профилактика не является обязательным требованием, у пациентов, получавших децитабин, о ней не следует забывать, особенно если начало терапии совпало с нейтропенией.

Подход к лечению МДС должен быть индивидуальным и основываться на определении группы риска, возрасте, соматическом статусе.

Использование децитабина в первой линии терапии демонстрирует высокую клиническую эффективность, позволяет снизить количество осложнений, оптимизировать использование препаратов крови, сократить потребность в химиотерапии и поддерживающей терапии, увеличить время до прогрессирования заболевания.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Santini, V.* Changes in DNA methylation in neoplasia: Pathophysiology and therapeutic implications / V. Santini, H. M. Kantarjian, J. P. Issa // *Ann Intern Med.* — 2001. — Vol. 134. — P. 573–586.
2. National Comprehensive Cancer Network: Clinical Practice Guidelines in Oncology: Myelodysplastic Syndromes, 2006. — Vol. 4: National Comprehensive Cancer Network, 2006. <http://www.nccn.org>.
3. The myelodysplastic syndromes / R. Hoffman [et al.] // *Hematology: Basic Principles and Practice.* (ed 3rd.): New York: Churchill Livingstone, 2000. — P. 1106–1129.
4. A decision analysis of allogeneic bone marrow transplantation for the myelodysplastic syndromes: delayed transplantation for low-risk myelodysplasia is associated with improved outcome / C. S. Cutler [et al.] // *Blood.* — 2004. — Vol. 104. — P. 579–585.
5. *Pinto, A.* 5-Aza-2'-deoxycytidine (Decitabine) and 5-azacytidine in the treatment of acute myeloid leukemias and myelodysplastic syndromes: Past, present and future trends / A. Pinto, V. Zagonel, H. Leukemia. — 1993. — Vol. 7, (suppl 1). — P. 51–60.
6. Van den Bosch, J. The effects of 5-aza-2'-deoxycytidine (decitabine) on the platelet count in patients with intermediate and high-risk myelodysplastic syndromes. *Leuk Res* / J. Van den Bosch, M. Lubbert, G. Verhoef. — 2004. — Vol. 28. — P. 785–790.
7. Decitabine improves patient outcomes in myelodysplastic syndromes: results of a phase III randomized study / H. Kantarjian [et al.] // *Cancer.* — 2006. — Vol. 106. — P. 1794–1803.
8. Results of a randomized study of 3 schedules of low-dose decitabine in higher-risk myelodysplastic syndrome and chronic myelomonocytic leukemia / H. Kantarjian [et al.] // *Blood.* — 2007. — Vol. 109. — P. 52–57.

Поступила 13.06.2013

УДК 616.89 – 008.428.1

СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

С. В. Толканец

Гомельский государственный медицинский университет

Проведен клинический анализ 181 пациента консультативного наблюдения с депрессивными и тревожными расстройствами, ассоциированными с патологическими телесными ощущениями (ПТО). Рассмотрены структура сенсопатий, их патогенетические особенности, выделены феноменологические варианты для оптимизации диагностики. Уточняется концептуальное представление о витальной природе ПТО, принадлежности их к расстройству сферы соматопсихики.

Ключевые слова: депрессивные и тревожные расстройства, соматопсихические нарушения, витализация патологических телесных ощущений, сенестопатии, соматодеперсонализация.

SOMATOPHYCHIC DISTURBANCES IN DEPRESSIVE AND ANXIETY DISORDERS

S. V. Tolkanets

Gomel State Medical University

The article presents the clinical analysis of 181 patients with depressive and anxiety disorders associated with pathologic bodily sensations under consultative supervision. It covers the structure of sensopathy, its pathogenetic features, singles out the phenomological variants for diagnostical optimization. The conceptual notion about the vital nature of pathologic bodily sensations and its relation to somatopsychic disorders is being specified.

Key words: depressive and anxiety disorders, somatopsychic disturbances, vitalization of pathologic bodily sensations, cenestopathy, somatodepersonalization.

Введение

Проблематике ПТО посвящено много работ [1–6], но их клиническая квалификация остается сложной. Сложность выражается в принадлежности алгопатий к разнородным патологическим состояниям, в частности, к психо-реактивным, аффективным расстройствам, малопрогрессирующей шизофрении, конституциональной психической патологии. Многочисленные алгопатии при соматизированном расстройстве построены на операциональных критериях, клинически не прорисованы, не имеют психопатологического содержания. Сами ПТО множественны и представлены также конверсионными симптомами, истероалгиями, телесными галлюцинациями, расстройствами схемы тела [8]. Помимо собственно боли существуют многочисленные «безболевы» варианты, по сенсорной модальности противоположные болям — проявления отчуждения тела, его измененности. Проблема выявления симптомов соматодеперсонализации заключается в их незнакомости, отсутствии таковых в опыте пациентов, трудностях формулировки таких жалоб. Затрудняет диагностику их концептуальная неопределенность, трактовка их как «нарушений сознания тела» [7], отнесение по-существу к расстройствам когнитивной, идеаторной сфере.

Цель исследования

Изучение феноменологии патологических телесных ощущений (ПТО) с учетом «безболевых» вариантов, в первую очередь, расстройств анестетического круга как проблематичных по вышеуказанным причинам и описание их психопатологической структуры.

Материалы и методы

Обследованы клинически 181 пациент консультативного наблюдения врача-психотерапевта территориальной поликлиники, страдающий депрессивными и тревожными расстройствами, ассоциированными с ПТО. Возраст 19–72 года. Мужчины — 30 чел., женщины — 151 чел. Использовались клинико-психопатологический метод, глоссарий психопатологических синдромов [9], анализ амбулаторных карт, способы оценки соматопсихических ощущений [1, 10], оригинальная квантифицированная карта, Международная классификация болезней (МКБ-10 раздел F).

На основе полученной информации была разработана электронная база данных. Данные сведены в таблицы и обработаны статистически с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft (USA) Statistica», 10.0. Частотный анализ в таблицах сопряженности проводился с применением точного двустороннего критерия Фишера. Параметры описательной статистики для частот приведены в абсолютных числах и процентах. Нулевую гипотезу отклоняли при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В нозологическом плане случаи представлены депрессиями из F 30–33 (126 чел.), тревожными расстройствами из рубрики F40–41 (5 чел.), расстройствами адаптации F43 (11 чел.), соматоформными расстройствами — 26 (главным образом, соматизированным расстройством — 24), неврастенией (2 чел.), синдромом деперсонализации (по МКБ-10) (8 чел.). В синдромальном отношении представлены следующие синдромы: ирритативно-невротический (у 2 пациентов), витальной астении (у 6 чел.), сенесталгический (53 чел.), сенестоипохондрический (25 чел.), деперсонализационно-дереализационный синдром (17 чел.), обсессивно-фобический (4 чел.), ананкастный (обсессивный) — 2 чел. Синдромы депрессивного спектра: простая (тоскливая) субдепрессия (у 16 чел.), астеническая субдепрессия (2 чел.), ипохондрическая субдепрессия (1 чел.), тревожная субдепрессия (22 чел.), анестетическая депрессия (4 чел.), деперсонализационная субдепрессия (4 чел.), адинамическая депрессия (6 чел.), тоскливая субдепрессия (6 чел.), тревожная депрессия (4 чел.), психогенная депрессия (6 чел.), прочие (слезливая депрессия — 2 чел.).

По характеру возникновения рассматриваемые формы развиваются часто в виде психогенных реакций либо спонтанно, аутохтонно. В некоторых случаях экзогенным фактором выступали простуда, грипп, субфебрилитет неясного происхождения. При последующих, обычно спонтанных эксацербациях реактивная составляющая утрачивала свое значение.

В большинстве таких случаев при обострениях повторялась однотипная симптоматика и прогрессирования болезни не наблюдалось. В ряде случаев, с учетом обращения за медицинской помощью на этапе 3–5 лет с появления первых болезненных симптомов допускается известное прогрессирование расстройств, протекавших ранее в латентном виде. Это выражалось в формировании витально-тимопатической основы, смены аperiodического течения на периодическое, фазное. Прогрессирование было очевидным тем более, чем полнее в синдромальной структуре представлены проявления девитализации, что в наибольшей мере выражено в «соматическом синдроме» (МКБ-10). Сочетание тимопатического и психогенного факторов согласуется с мультифакториальным характером расстройств, но после манифестации последних эндогенный тимопатический фактор имеет определяющее значение.

Первые ранговые места в жалобах пациентов представлены преимущественно болями и болезненно измененным настроением. Последующие места занимали, соответственно, слабость и патологические телесные ощущения.

В ряду последних симптомы соматодеперсонализации представлены в равной пропорции в первых трех ранговых местах (соответственно, 33, 34 и 26 случаев). Наряду с болями (у 100 чел.) и в совокупности с ними патологические телесные ощущения абсолютно преобладали в массиве жалоб — 193 указания у 181 пациента (на слабость — у 124, на расстройство настроения — у 119). По тяжести и значимости для больных ПТО доминировали во внутренней картине болезни.

С учетом особенностей консультативного приема фиксировались очевидные и клинически очерченные соматовегетативные проявления. В большинстве случаев функциональные вегетативно-соматические расстройства протекали в перманентном выражении, а при усилении тревоги — имели кризовый характер (вегето-сосудистый криз). Вследствие этого в общемедицинской сети тревожно-вегетативные кризы, как правило, квалифицируются как гипертонические, что существенно удлиняет продолжительность «амбулаторных скитаний» пациентов. С другой стороны, генетически имеющиеся соматовегетативные симптомы безусловно относятся к первичным церебральным расстройствам (W. Thiele, 1928), они встроены в психопатологическую структуру синдрома и сами не имеют определяющего значения. Важность этого обстоятельства в том, что за вегетативную дисфункцию принимаются нераспознанные патологические телесные ощущения с проекцией на участки тела.

У пациентов с жалобами на боли (безотносительно к рангу) симптомы соматодеперсонализа-

ции выявлены в диапазоне от 70,1 до 79,2 %, сенестоалгии, соответственно, от 68,4 до 95,8 %. На 100 случаев с жалобами на боли приходится 76 с симптомами соматодеперсонализации и 78 — с сенестоалгиями.

Численность расстройств общего чувства в жалобах соответствовала таковой в синдромальной структуре психических расстройств.

Соматические проявления аффекта (витализация аффекта) были ожидаемо высокими в структуре депрессивных — в 1/3 случаев. Несколько неожиданным выглядит большая доля физикальных аффективных эквивалентов при расстройствах адаптации (4 из 11 случаев), что не поддается удовлетворительному объяснению в силу малой численности выборки.

Согласно топографическим особенностям алгопатий (численностью 153) [1], последние распределились следующим образом: монолокальные алгии (62 случая) при меньшем уровне биллокальных (30) и полилокальных (36) вариантов, при минимальной численности для генерализованных проявлений (25). Противоположная картина складывается в отношении анестетических симптомов (у 145 пациентов): монолокальные варианты — в 21 случае, биллокальные — в 5, полилокальные — 3, с максимальной представленностью для генерализованных проявлений — 116. При проведении частотного анализа между группами пациентов с различными видами сенестопатий были выявлены статистически значимые различия по частоте встречаемости различных топографических характеристик. Результаты расчетов представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Топографические характеристики сенестопатий у пациентов с депрессивными расстройствами

Топографическая характеристика сенестопатии		Сенестопатии		p
		алгопатии (n = 153)	анестетические симптомы (n = 145)	
Монолокальная	Есть	62 (40,5 %)	21 (14,5 %)	< 0,001
	Нет	91 (59,5 %)	124 (85,5 %)	
Биллокальная	Есть	30 (19,6 %)	5 (3,5 %)	< 0,001
	Нет	123 (80,4 %)	140 (96,5 %)	
Полилокальная	Есть	36 (23,6 %)	3 (2,0 %)	< 0,001
	Нет	117 (76,4 %)	142 (98,0 %)	
Генерализованная	Есть	25 (16,3 %)	116 (80,0 %)	< 0,001
	Нет	128 (83,7 %)	29 (20,0 %)	

Из данных таблицы 1 следует, что моно-, биллокальные алгопатии встречаются чаще чем генерализованные. Для симптомов анестетического круга (симптомы соматодеперсонализации), напротив, характерны генерализованные проявления.

Из общей численности симптомов отчуждения (у 103 пациентов), симптомы соматодеперсонализации (40 случаев) составляют 38,8 %, де-

реализации — 15,1 %, а их сочетанные проявления встречаются в 48,5 % случаев.

В подавляющем числе случаев (у 128 больных) одновременно сочетаются алгопатии с симптомами отчуждения. Лишь в 8 наблюдениях отмечен дискретный характер патологических телесных ощущений. Не зафиксировано ни одного случая манифестации последних в реципрокных отношениях.

Отмечена органическая связь сенсопатий с аффектом. Лишь в 5 случаях ее установить не удалось. По критерию временной синхронии непосредственная связь патологических ощущений с аффектом установлена в подавляющем количестве случаев (141). Еще в 31 случае установлено косвенное опосредование такой связи (по критерию устранения либо значительного ослабления патологических ощущений после терапевтической редукции аффекта).

Определялось известное предпочтение вида соматопсихических ощущений к модальности аффекта. Так, патологические телесные сенсации витально-физикального характера (физическая тоска в области груди) ожидаемо преобладают в структуре меланхолии (52,9 %), при полном отсутствии (0 %) при апатической и модально-неспецифической. Деперсонализация в качестве базовой структуры патологических ощущений представлена практически при всех модальностях аффекта с преобладанием в структуре апатического (85,7 %) и модально-неспецифического вариантов (85,3 %). Она наименее представлена в структуре меланхолии (44,1 %) и синдроме витального напряжения (50,0 %). Проявления сенесталгии также представлены при всех разновидностях аффекта преобладая при апатии (85,7 %) с последующим снижением численности при модально-неспецифической (70,6 %) и тоскливо-тревожной структуре (69,2 %) и наименее проявляясь при меланхолии (41,2 %).

В абсолютном большинстве случаев (91,1 %) определяется постоянство формы и содержания патологических ощущений без их отчетливого взаимопревращения. Лишь в 3 наблюдениях были основания предполагать перемежающийся тип проявлений, еще в 3 — их трансформацию.

Для динамической характеристики сенсопатий характерно преимущественно перманентное (89–49,4 %) и персистирующее течение (83–46,1 %). Транзиторные проявления наблюдались в 3 случаях, пароксизмальные — в 10 (5,6 %), в сочетанных вариантах — при 21 наблюдении (11,6 %).

Суточная ритмика патологических ощущений неоднозначна. В 115 (63,9 %) случаев таковой не установлено. В 55 (30,6 %) наблюдениях размерность сенсопатий совпадала с депрессивной инверсией суточного ритма, а ухудшение выраженности к вечеру отмечалось у 8 пациентов. В ряде случаев сенсопатические осцилляции согласуются с проявлениями реактивной лабильности.

В 70 случаях терапевтическая динамика не установлена, главным образом, из-за краткости наблюдения, иногда однократного посещения. В 35 случаях наблюдался критический тип улучшения, обычно при купировании тревожных симптомов. Литический тип улучшения согласуется

с эффектом курсового лечения, обычно антидепрессантами. В 3 случаях фиксировалась относительная терапевтическая резистентность.

Предпринята оценка соматопсихических симптомов по методике А. К. Суворова [9], согласно которой ПТО укладывается в ряд вариантов. К адинамическому типу патологических сенсаций отнесены 45 наблюдений (8 — в относительно «чистом» виде, и 37 — в сочетанном). Алготермическая феноменология определялась у 25 пациентов (у 7 — в изолированном виде, у 18 — в сочетанном с другими патологическими сенсациями). Тип генерализованных сенсаций не встречался в очерченном виде. В 10 случаях имела место подобная феноменология в сочетанном с другими проявлениями формы. Барический вариант сенсаций в наглядной форме установлен у 13 пациентов, в сочетании с аллопатиями и дизэстетическими расстройствами наблюдался у 48 больных. Тип барицентрических аллопатий определен у 9 человек и в смешанном с другими патологическими ощущениями — у 16, всего в 25 наблюдениях. Атонический вариант патологических сенсаций установлен в изолированном виде у 2 больных, в сочетанном виде еще у 32, таким образом, всего у 34 больных. Анестетические сенсации определены у 17 человек, в смешанной форме — у 74, всего — у 91 пациента. При анализе не установлено определенной связи типа ПТО (по данной методике) с характером аффекта, возможно, вследствие неоднородного материала, при однородном (депрессии) составе как в источнике. По-видимому, вследствие полиморфизма ПТО их структурной сложности за рамками указанных клинических вариантов остается ряд неучтенных симптомов и артефактов.

Вследствие этого предпринята описательная характеристика феноменологии соматопсихических сенсаций, клиническая инвариантность которых заслуживает рассмотрения.

Облигатной характеристикой рассматриваемых синдромов являются боли и болезненные ощущения. В большей части случаев присутствуют жалобы на головную боль, которые отличаются от конвенциональной цефалгии («лучше бы уже была мигрень»), с повторяемыми характеристиками: «как натекает на глаза, нависает на глаза»; давит на лоб, переносицу; сдавливает мозг. В ряде случаев переживается смещение внутри: сдавливает так, как будто что-то шевелится, мозг дрожит. При пароксизмальном развитии интракраниальные сенесталгии сопровождаются резонансом по всему телу: сдавливание головы сопровождается и переживанием измененности тела: перекрывает горло, смыкаются створки, запирает дыхание, невозможно дышать.

Встречаются сочетанные случаи алгий и отчуждения, например: и жмет, и неясность;

внутренне жжение с «млением в висках», и дереализации: давит на виски — «плоховато вижу», «давит как неясно», «как выдавливает глаза» — и «мутность, нарушение зрения».

Полиморфизм сенестопатий проявляется в диапазоне от гомонимных сенестоалгий до гетеронимных вариантов: «давит сердце навывлет через лопатку»; «ощущение стягивания, кажется, что тело как кривое»; «тело как стянуто, а внутри как пусто»; «рвет мозг и по всему телу расходятся колики»; «как закипает мозг»; «как изжога под лопаткой». Схематической антитезой аллопатиям является анестетическая феноменология. Частые жалобы на онемение переживаются во внутреннем пространстве тела. Отчуждение проявляется в жалобах: «тело становится не своим, тяжелым, то как будто легким; «тело ватное, ноги тяжелые»; «физическая немощь, словно превратилась в старуху, тело как не мое, не моя координация»; «голова как будто не моя, не хватает ума»; «отмирают руки, на высоте приступов тревоги тело как цепенеет» (без утраты функций). Отчуждается собственный голос. Беспокоя эпизоды когда «сам себе не принадлежишь»; на высоте панических приступов — оцепенение (без утраты функций);

Другой стороной соматодеперсонализации является переживание нереальности восприятия окружения. Жалобы на нереальность трудно формулируются больными, порой замалчиваются. Жалобы тривиальны: на пелену, неясность, размазанность, в связи с чем опасаются утраты равновесия; «люди не такие, их слышу, но ушла в себя»; «мир не такой, мутность какая-то; все вижу, но думается, — и чего эти люди ходят?»; «как со стороны наблюдаю, как не моя голова, на все смотрю, как через матовое стекло; все воспринимается, как через пустоту, все безликое, ненасыщенное; выключаешься, и обстановка становится неузнаваемой»; «глазу не за что зацепиться; закладывает уши; приглушенное восприятие окружения» и пр. Тривиальный характер жалоб обычно расценивается на приеме как снижение остроты зрения.

Как следует из наблюдений, нет четкого обособления сенесталгий и соматодеперсонализации. В реальности зачастую и те и другие протекают у пациентов одновременно: «боль в голове отдается слабостью в теле»; «стреляет в лопатку — обомлевает левая рука»; туман в голове сочетается с неустойчивостью тела; «ноги наливаются напряжением», переживается разъединение с миром; «как спазмы давит на глаза, что-то мешает глазам — как через туман, дым, мир не тот»; «тело сжимается, кажется, что Я — не Я, оказываюсь, как в другом мире, как умерла» и пр.

Астенизация также интерпретируется в контексте расстройств общего чувства: «как

разбитость», «как тело млеет; в теле слабость, такая физическая неуверенность, что пугает»; слабость, «как шаткость, как дрожание»; «слабость с помутнением: как стоишь на неустойчивой поверхности»; слабость, «как ватность, как утрата опоры» и пр. Слабость, таким образом, переживается в телесных категориях, как патологическое изменение ощущения тела, феноменологически, «как физическая немощь, разбитость».

Частые жалобы на головокружения отличаются от коллаптоидных состояний и вестибулопатий и формулируются в следующих выражениях: «как неясность в голове»; «как отстраненность с неясностью в голове»; «как ушел куда-то, как впадаю в обморок»; «головокружение, как отсутствие опоры с ватностью тела», «как отключаюсь; как помутнение в глазах с ощущением ватности ног, неясным и мутным восприятием окружающего; головокружение — «как будто пространство расширяется», как нереальное; как «нечувствительность внутри головы»; «как подкручивает в голове и теряю сознание, как слетаю с качелей» и пр.

Будучи крайними полюсами в диапазоне «боль-отчуждение», аллопатии и симптомы отчуждения не исчерпывают всего многообразия патологических ощущений. Особый интерес представляют своеобразные переживания движения внутри тела, внутреннего биения, дрожания, естественно, при исключении вегетативных дисфункций. За тривиальным выражением жалоб стоят аффективно насыщенные и тягостные переживания. За фасадом жалоб на «сердцебиение» выступает именно биение. Обыденные слова: «дрожь, вибрация, тремор» не отражают сотрясающего характера биения. Примеры: «трепет в сердце, обрывы сердца, «сердце трепыхается, как перекачивается в живот», «в груди тарахтит, перекрывает, сердцебиение переходит в живот», «внутреннее дрожание, сердце чувствую», «внутреннее замирание, неуютно на сердце, с «сердечным поворотом» и пр. Витальный характер внутренней дрожи выражается паническим страхом, драматическими выражениями: «страшное внутреннее дрожание», ошеломляет больных.

Часто представлены мышечные сенсации в виде расстройств мышечного чувства: «биение в мышцах», «ноги дрожат изнутри», «мышечная неудовлетворенность», «руки дергаются, как машут», «тело зажато и не чувствует мышц, «нет мяса», «щеки ввалились, мышцы висят на лице, остались одни кости», «тело, как не мое, стало женским, осунулось, мышцы висят», «ноги, как не мои наливаются в объеме с сильным внутренним напряжением, не держат» и пр.

При пароксизмах тревоги на фоне дереализации встречаются преходящие когнитивные феномены как своеобразные мысленные за-

труднения: «как непонимание, замороженность», сдавливает, как заклинивает, в приступах «как тупею», «в голове стало не то... не знаю, чем заполнить пустоту, с желанием вернуться на этот свет», «отсутствие ясности затрудняет думание». Иногда называют это «забывчивостью», «затрудненной включенностью, когда кругом непонятное», «пелена на глазах с притупленностью, медлительностью, давит на глаза и голову перекрыло». Ощущение тумана в голове как «отсутствие поддержки в голове». Психическая сохранность больных и их мысленного строя в целом, отсутствие симптомов мысленной атаксии, транзиторный характер сенсопатий и терапевтическая редукция расстройств не позволяют квалифицировать случаи как припадки Клооса, а когнитивное затруднение в пароксизмах можно охарактеризовать как «мысленную (деперсонализационно-дереализационную) конфузию».

Заключение

Изученные ПТО ассоциированы с депрессивными и тревожными расстройствами. Общность витальной основы ПТО позволяет рассматривать тревожные расстройства в континуальном ряду с депрессивными [11], как тревожные тимопатии (Lopez Ibor, 1950). Контекст угрозы придает ПТО витальный характер, дезадаптирует пациентов, вызывает кататимные изменения, нозогенные и ипохондрические наслоения.

В числе ПТО наряду с сенесталгиями достаточно широко представлены анестетические феномены. Отсутствие таковых в жизненном опыте больных, трудности формулировки, неброскость феноменов и их «замаскированность» затрудняют их квалификацию в практике. Вместе с тем зачастую именно они определяют социальную дезадаптацию.

Рассмотрение симптомов деперсонализации, дереализации как полярных по чувственному знаку к сенестоалгиям условно и оправдано в диагностическом плане. Сенсорная модальность симптомов деперсонализации и телесная локализация свидетельствуют об их телесной организации, а их слитность с сенесталгиями, — о патогенетической общности сенсопатий. Вместе они представляют две стороны одного явления, — расстройства общего чувства, как коэнестезиопатии, что в греческой транскрипции тождественно сенестопатиям. Биполярные — болевые-безболевые аспекты не исчерпывают всего многообразия патологических телесных ощущений и включают также расстройства мышечного чувства, вестибулярные иллюзии, тимопатическое головокружение. Проводимая в соответствии с предпринятыми подходами типизация телесных ощущений [10] оказалась недостаточной для оценки многочисленных феноменологических проявлений,

возможно, из-за различий в составе материала, — гетерогенного в настоящем исследовании и более однородного (депрессии) у автора методики. Вместе с тем оригинальная типология может быть базой для дифференцированной оценки ряда инвариантных форм.

Выводы

1. Приоритетная в психопатологии синдромологическая квалификация сенсопатий предусматривает предварительное их феноменологическое рассмотрение. Расширена феноменологическая типология ПТО: парестетическая, психо-сенсорная, каталептоидная модальности сенестопатий, тимопатическое головокружение, когнитивный феномен «мысленной конфузии».

2. В большинстве случаев аллопатии сопряжены с симптомами анестетического круга.

3. Установлено, что моно-, биллокальные аллопатии встречаются чаще, чем генерализованные. Симптомы анестетического круга, напротив, имеют тенденцию к генерализованному проявлению.

4. Целесообразность отнесения симптомов соматодеперсонализации, как и сенестопатий к сфере соматопсихики против бытующих представлений о них как нарушений самосознания, то есть как когнитивных аберраций.

5. Витальная основа ПТО при их преобладании в клинике может рассматриваться как базовая ось (наряду с тоской и тревогой) формирования аффективной патологии в ее сенестопатическом выражении.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Бобров, А. С. Депрессия с патологическими телесными ощущениями / А. С. Бобров, О. В. Петрунько, Л. А. Иванова // Психические расстройства в общей медицине. — 2008. — Т. 4. — С. 33–39.
2. Ануфриев, А. К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщ. 1. Псевдо-органическая, невросоматическая симптоматика / А. К. Ануфриев // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1978. — № 6. — С. 857–862.
3. Ануфриев, А. К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщ. 2. Клиническая систематика / А. К. Ануфриев // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1978. — № 8. — С. 1202–1208.
4. Ануфриев, А. К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщ. 3. Четыре компонента и четыре стадии скрытой эндогенной депрессии / А. К. Ануфриев // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1978. — № 9. — С. 1342–1347.
5. Жмуров, В. А. Общая психопатология / В. А. Жмуров. — Иркутск: Изд-во Иркутского университета, 1986. — 280 с.
6. Белялов, Ф. И. Психосоматические расстройства в клинической практике / Ф. И. Белялов, В. С. Собенников. — Иркутск: РИО ИГИУВа, 2009. — 192 с.
7. Руководство по психиатрии: в 2 т. / под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 1. — С. 34.
8. Ипохондрия и соматоформные расстройства / под ред. А. Б. Смудевича. — М.: Логос, 1992. — 176 с.
9. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний (методическое пособие для унифицированной клинической оценки психопатологических состояний) / под ред. д-ра мед. наук, проф. А. К. Ануфриева, д-ра мед. наук Ю. И. Либманова, д-ра мед. наук В. Г. Остроглазова. — М.: ВНИЦЗ АМН СССР, 1990.
10. Суворов, А. К. Диагностическое и прогностическое значение соматопсихических ощущений при различных типах депрессии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. К. Суворов. — М., 1983. — 16 с.
11. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. — М.: Практическая медицина, 2011. — 432 с.

Поступила 24.05.2013