

# КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ЯВЛЕНИЯМИ ГОСПИТАЛИЗМА

А. У. Каримов

*Казанская государственная медицинская академия*

При общем внимании к проблемам невротических расстройств недостаточно разработанным остается вопрос о невротических расстройствах, развивающихся у больных психозами. В период разгара психоза невротические симптомы маскируются, отодвигаются на задний план психотическими расстройствами, в связи с этим относительно редко диагностируются и недостаточно принимаются во внимание при выборе тактики терапии и оценке состояния больных (4, 14–16, 18).

У значительного числа больных психическими заболеваниями, находящихся длительное время в стационаре, развиваются явления психической дезадаптации и невротические расстройства (10, 15, 18, 22). Таким образом, период ремиссии может стать периодом развития тревожных и фобических невротических расстройств, развивающихся в преддверии выписки (3, 6, 10, 12, 16, 20). В связи с этим у психически больных могут наблюдаться явления так называемого госпитализма, под которыми понимается совокупность явлений жизненной дезадаптации, связанных непосредственно с длительной изоляцией в психиатрическом стационаре (15, 18), в частности, ограничительное поведение, проявляющееся стремлением больных продолжать находиться в стационаре при наличии условий, позволяющих перевести его на амбулаторное лечение (15, 16).

**Целью** исследования являлось повышение эффективности лечения больных шизофренией с явлениями госпитализма (далее в тексте БШГ), под которым мы понимаем неадекватно длительную задержку на стационарном этапе лечения больных шизофренией в стадии ремиссии, за счет прицельной дифференциальной диагностики и направленной фармакокоррекции тревожных и фобических невротических расстройств у этих больных.

Основой данной работы являлись результаты наблюдения и обследования 381 больного, страдающего шизофренией, параноидной формы с непрерывным типом течения, в стадии терапевтической ремиссии, длительно находящегося на стационарном лечении (свыше 140 дней).

По анализу статистических данных пациентов в стадии ремиссии шизофрении, длительность пребывания которых в стационаре значительно превышала средние показатели длительности госпитализации этой категории больных, по данным РКПБ МЗ, было замечено, что удельный вес мужчин за период с 1997 по 2001 год возрос примерно в 2,4 раза, в то время как женщин примерно в 1,5 раза. Учитывая данную тенденцию, мы исследовали психическое состояние мужчин.

Среди исследованных у 246 пациентов не отмечалось установки на выписку и продолжение лечения в амбулаторных условиях, у 135 человек установка на выписку присутствовала, и они готовы были продолжать лечение в амбулаторных условиях.

При изучении структуры факторов, влияющих на продолжительное пребывание исследуемых больных в стационарных условиях, было выявлено, что для исследуемой группы характерно сочетание разных групп факторов: морбогенных, социальных, невротических.

Анализируя сравнительную распространенность преобладающего влияния факторов различного генеза на развитие госпитализма, при сравнении групп пациентов с отсутствием и наличием установки на выписку, нами было выявлено, что при относительной эквивалентности показателей распространенности морбогенных факторов (71,5%) у больных с отсутствием и (65,9%) с наличием установки на выписку и социальных факторов (19,9% и 15,6%) соответственно, в группе с явлениями госпитализма достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) отмечались расстройства невротического круга – 65,8% у больных с отсутствием установки на выписку, чем в 32,6% у больных с наличием данной установки.

Невротическая симптоматика выявлялась у 206 пациентов, среди которых у 162 не отмечалось установки на выписку и продолжение лечения в амбулаторных условиях, у 44 человек имелось желание выписаться и продолжить лечение амбулаторно. При анализе структуры невротической симптоматики мы ориентировались на выявление различных кли-

нических вариантов невротических синдромов, основным эмоциональным радикалом которых являлось чувство тревоги и страха. Основное место по распространенности принадлежало нарушениям тревожного и фобического круга (включая агорафобию – F40.0, социальные фобии – F40.1, паническое расстройство – F41.0), которые выявлялись у исследуемых больных с отсутствием установки на выписку в 75,3% случаев (36,4%, 24,1%, 14,8% соответственно по вариантам тревожных и фобических невротических расстройств – ТФНР) и в 45,4% случаев (22,7%, 15,9%, 6,8% соответственно по вариантам ТФНР) среди больных с наличием установки на выписку. Обсессивно-компульсивные расстройства (F42) выявлялись в 11,7% случаев у больных с отсутствием и в 15,9% случаев у больных с наличием установки на выписку. Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44) выявлялись в 9,9% и 11,3% случаев соответственно. Другие незначительно выраженные невротические расстройства – в 3,1% в исследуемой группе с отсутствием установки на выписку и – в 27,3% случаев с установкой на выписку. Астенические расстройства присутствовали в клинической картине у большинства исследованных больных и имели сложный характер, в связи с чем не включались в настоящую работу.

Для ТФНР, в отличие от апато-абулических морбогенных и неврозоподобных расстройств, было характерно следующее:

- данные расстройства формировались в период ремиссии, были четко отграничены от психотических переживаний, имели связь со значимой психотравмирующей ситуацией, которая актуализировалась при выписке из стационара: страх остаться без помощи, страх перед необходимостью общения, возникновение вегетативных проявлений и т.д.;

- данные расстройства были психологически понятными, их выраженность нарастала с приближением выписки, больные дифференцировали эти нарушения и пытались выработать приемы противодействия («буду чаще ходить в отпуск – привыкну, буду слушаться – на меня не будут кричать»), то есть имело место психологическое сопротивление и психологическая защита;

- под влиянием ТФНР у пациентов выявлялась установка на продолжение лечения в условиях стационара;

- в структуре преморбидной личности преобладали мнительность, сенситивность, эмоциональная лабильность, в анамнезе прослеживались реакции тревожного круга, психогении;

- социально-психологические отношения в семье способствовали развитию тревожно-фобических черт характера;

- причинами последних госпитализаций в основном являлись тревожно-фобические проявления;

- характерен гипернозогнозический тип реакции на болезнь.

Известно, что неврозоподобные расстройства существуют в структуре шизофрении и в ряде случаев определяют ее клиническое течение, также известен тот факт, что неврозоподобные расстройства часто обнаруживаются в период ремиссии у больных шизофренией. Их отличительными клиническими характеристиками являются: стертость и монотонность клинической картины, отсутствие адекватного эмоционального радикала, отсутствие или невыраженность связи неврозоподобных расстройств с психотравмирующими факторами, связь фабулы переживаний с параноидной симптоматикой периода обострения – имеют оттенок сделанности, навязанности, отсутствуют оформленные реакции психологической защиты и сопротивления. По клинической структуре преобладают астенические состояния и астено-депрессивные расстройства, которые развиваются на фоне апато-абулических расстройств, входят в структуру формирующегося дефекта. В связи с этим данные расстройства учитывались нами как морбогенные, а преобладание в клинической картине галлюцинаторно-параноидного синдрома не позволяло нам отнести данное расстройство к псевдоневротической (неврозоподобной) шизофрении.

При сравнительном анализе было выявлено, что в группе исследуемых пациентов с явлениями госпитализма и не имеющих установки на выписку, расстройства тревожно-фобического круга (агорафобические, социофобические и панические расстройства) достоверно преобладают ( $p < 0,05$ ), что дало нам право выделить этот круг нарушений для направленной корректирующей психофармакотерапии. На основании полученных данных была выделена исследуемая группа ( $n=122$ ), состоящая из пациентов, страдающих шизофренией, параноидной формы с непрерывным типом течения, в стадии терапевтической ремиссии, длительно находившихся на лечении в стационарных условиях, не имевших установку на выписку (имевших установку на продолжение лечения в стационарных условиях – данная установка рассматривалась как явления госпитализма), в клинической структуре невротических расстройств у которых преобладали ТФНР, включающие в себя агорафобические, социофобические и панические расстройства, которая была распределена на 3 основные исследуемые группы:

I группа ( $n=41$ ) – пациенты, принимавшие в качестве дополнительной корректирующей ТФНР терапии антидепрессант из группы СИОЗС – флуварин (флувоксамин) в средних дозах 100–200 мг в сутки (20);

II группа ( $n=42$ ) – пациенты, принимавшие транквилизатор из группы производных бициклических бисмочевин – мебикс (мебикар) в средних дозах 900–1800 мг в сутки (5, 11);

III группа ( $n=21$ ) – пациенты, принимавшие транквилизатор бензодиазепинового ряда – диазепам (реланиум) в средних дозах 10–15 мг в сутки (2);

IV группа (n=18) – группа контроля.

Выбор препаратов мотивирован необходимостью прицельного воздействия на ТФНР и задачей сравнения эффективности лечения больных шизофренией с явлениями госпитализма (далее БШГ) с ТФНР препаратами – анксиолитиками различного механизма фармакологического действия, а также для поиска наиболее эффективного, безопасного и доступного средства коррекции, применимого в фазе становления клинической ремиссии на фоне продолжающейся терапии нейролептиками. Все исследуемые больные основных и контрольной групп в период наблюдения получали базовую поддерживающую терапию нейролептическими препаратами в сочетании с идентичной рациональной психотерапией, включавшей в себя оптимизацию «внутренней картины болезни», выработку поддерживающих ремиссию психогигиенических и психокоррекционных приемов, развитие установок на ресоциализацию. В связи с этим рациональная психотерапия не являлась методикой сравнения настоящей работы, а присутствовала в структуре фонового терапевтического комплекса (14).

Результаты комплексной терапии оценивались через 28–30 дней от начала лечения в исследуемых группах и от начала наблюдения в контрольной группе.

Больным контрольной группы дополнительная корректирующая психофармакотерапия, направленная на проявления тревожно-фобических невротических расстройств, не назначалась.

Распределение исследуемых больных по группам приведено в табл. 1.

Исследование включало в себя этап исходной диагностики, этап дополнительной психофармакотерапии препаратами, воздействующими на ТФНР в сравнении с контрольной группой, этап контрольного обследования, этап катамнестического наблюдения.

При оценке исходного психического состояния пациентов исследованных групп по данным экспериментально-психологических методик (ЭПМ) («САН», Ч.Д.Спилберга–Ю.Л.Ханина, МЦВ) было выявлено, что во всех исследованных группах значимо выявлялось повышение показателя уровня

анксиозных проявлений и снижение субъективных оценок показателей самочувствия, активности, настроения. По шкале глобальной клинической оценки средний балл тяжести психического состояния исследованных больных исходно составлял  $3,7 \pm 0,4$  балла.

Таким образом, выраженность ТФНР может рассматриваться в качестве одного из факторов, обуславливающих неадекватно длительную задержку на стационарном этапе лечения.

У ряда пациентов исследованных групп, наряду с ТФНР, выявлялись отдельные апато-абулические морбогенные проявления и побочные эффекты базовой психофармакотерапии. Однако ТФНР преобладали в психическом паттерне и существенно влияли на поведение больных, в частности, на мотивацию продолжения лечения в условиях специализированного стационара.

Распределение больных исследованной группы по клиническим синдромальным вариантам ТФНР выглядит следующим образом: агорафобический вариант – 48,4% (59 чел.), социофобический – 31,9% (39 чел.), панические расстройства – 19,7% (24 чел.). Исследуемые пациенты подразделялись в нашей работе как по вариантам ТФНР, так и по вариантам назначавшейся корректирующей психофармакотерапии невротических нарушений анксиозного круга (табл. 2).

Основой анализа динамики психического состояния исследуемых пациентов, страдающих шизофренией в стадии ремиссии, длительное время находящихся на лечении в стационаре, являлись изменения в системе исходно регистрируемых параметров психического состояния. Понятие улучшения психического состояния включало в себя в качестве основных критериев: общее улучшение самочувствия, появление чувства внутреннего спокойствия, редукцию невротических проявлений, формирование жизненной перспективы, построение адекватных планов на ближайшее и отдаленное будущее, реконструкцию неадекватных установок на продолжение пребывания в стационаре с появлением устойчивой мотивированной установки на выписку.

Таблица 1

**Демографическая характеристика исследуемых групп больных**

Исследуемые группы больных	Феварин (флувоксамин)	Мебикс (мебикар)	Диазепам (реланиум)	Контроль
Всего (чел.)	41	42	21	18
Возраст (лет)	$31,9 \pm 9,2$	$32,6 \pm 10,1$	$34,3 \pm 8,1$	$32,2 \pm 8,9$
Длительность заболевания (годы)	$7,8 \pm 4,6$	$8,1 \pm 4,4$	$8,6 \pm 5,2$	$7,5 \pm 4,7$

Таблица 2

**Распределение исследуемых больных по клиническим синдромальным вариантам ТФНР в группах сравнения**

Варианты клинических проявлений ТФНР	Феварин (флувоксамин) (n=41)		Мебикс (мебикар) (n=42)		Диазепам (реланиум) (n=21)		Контроль (n=18)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Агорафобические расстройства F40.0	20	48,8	19	45,2	10	47,6	10	55,5
Социофобические расстройства F40.1	13	31,7	14	33,3	7	33,3	5	27,8
Панические расстройства F41.0	8	19,5	9	21,4	4	19,0	3	16,7

В процессе проводимой дополнительной корректирующей психофармакотерапии выбранными препаратами с анксиолитической активностью оценивалась распространенность существенного улучшения психического состояния (по шкале CGI) в виде снижения выраженности чувства тревоги и страха, проводимого на 7-й; 14-й; 21-й и 28-й день курса лечения (табл. 3).

Было отмечено, что применение феварина, мебикса и диазепама позволило существенно улучшить психическое состояние исследуемых больных и снизить выраженность клинических вариантов ТФНР: агорафобических, социофобических и панических расстройств ( $p < 0,05$ ). При анализе динамики изменения психического состояния было выявлено: в группе пациентов, принимавших феварин, отмечалась линейная динамика улучшения психического состояния с тенденцией к последующему нарастанию эффективности при увеличении длительности терапевтического курса. Наиболее эффективен феварин (флувоксамин) оказался в случаях панического варианта тревожно-фобических невротических расстройств, значимое улучшение психического состояния ( $p < 0,05$ ) выявлялось на 14, 21, 28 дни терапии, относительно менее эффективен оказался он при агорафобических и социофобических нарушениях. В группе пациентов, принимавших мебикар, значимое улучшение психического состояния ( $p < 0,05$ ) отмечалось при всех исследуемых вариантах ТФНР на 7, 14, 21, 28 дни курса дополнительной терапии, также прослеживалась линейная зависимость нарастания эффекта. Клинический эффект диазепама характеризовала более высокая скорость наступления, «плато» максимального эф-

фекта средней длительностью до 14 суток ( $p < 0,05$ ) с тенденцией к последующему снижению эффективности. Наиболее эффективен диазепам оказался в случаях агорафобического варианта тревожно-фобических невротических расстройств, также существенный, хотя и относительно меньший результат был отмечен у больных с паническими расстройствами.

Из побочных эффектов у больных, принимавших феварин, отмечались повышенная сонливость, диспепсические расстройства. Пациенты, принимавшие мебикс, отмечали горький вкус препарата, также отмечались отдельные эпизоды диспепсии. Пациенты, принимавшие диазепам, предъявляли жалобы на повышенную сонливость, слабость. Указанные побочные эффекты исчезали самостоятельно или проходили после снижения дозировки препарата и значимого влияния на ход исследования не оказывали.

При исследовании динамики параметров психического состояния у БШГ после курса дополнительной психофармакотерапии по данным экспериментально-психологических методик оценивалось снижение уровня тревоги, динамика эмоционального состояния, структура актуальных потребностей, дифференцированно оценивались показатели самочувствия, активности, настроения, уровня ситуационной и личностной тревожности. На фоне дополнительной корректирующей терапии отмечалось снижение параметров уровня тревожности и улучшение субъективных оценок психического состояния больных в сравнении с исходными показателями.

В группе пациентов с агорафобическими и социофобическими расстройствами, принимавших фева-

Таблица 3

**Процент исследуемых больных с существенным улучшением психического состояния по шкале CGI (глобальная оценка динамики психического состояния) в процессе дополнительной психофармакотерапии**

День обследования	Феварин (флувоксамин) (n=41)	Мибикс (мебикар) (n=42)	Диазепам (реланиум) (n=21)	Контроль (n=18)
	%	%	%	%
<b>7 день</b>				
Агорафобические расстройства	4,9	9,5*	14,3**	5,6
Социофобические расстройства	7,3	7,1	9,5*	5,6
Панические расстройства	7,3*	7,1*	9,5*	5,6
<b>14 день</b>				
Агорафобические расстройства	9,8*	19,0*	19,0*	11,1
Социофобические расстройства	12,2*	14,3*	14,3*	5,6
Панические расстройства	9,8*	9,5*	9,5*	5,6
<b>21 день</b>				
Агорафобические расстройства	14,6*	21,4 **	14,3	11,1
Социофобические расстройства	17,1*	19,1*	9,5	11,1
Панические расстройства	12,2*	11,9*	9,5*	5,6
<b>28 день</b>				
Агорафобические расстройства	19,5*	26,2*	14,3	11,1
Социофобические расстройства	17,1*	21,4*	9,5	11,1
Панические расстройства	14,6*	14,3*	9,5*	5,6

Примечания: оценивалось по шкале CGI как существенное улучшение (2 балла), \* – достоверное различие с группой контроля ( $p < 0,05$ ), \*\* – достоверное различие с исследуемой группой и группой контроля.

рин (флувоксамин), отмечалось значимое улучшение ( $p < 0,05$ ) относительно контроля показателей настроения и уровня реактивной тревожности, у пациентов с паническими расстройствами отмечалось значимое улучшение ( $p < 0,05$ ) показателей активности, настроения, уровня личностной тревожности и показателя уровня тревоги по данным МЦВ. В группе больных, принимавших мебикс (мебикар), после курса дополнительной корректирующей терапии отмечалось значимое ( $p < 0,05$ ) улучшение показателей психического состояния при всех исследуемых вариантах ТФНР. На фоне применения диазепама (реланиума) выявлялось значимое улучшение ( $p < 0,05$ ) показателей реактивной тревожности и тревоги по данным МЦВ у больных с агорафобическими расстройствами, реактивной тревожности у больных с социофобическими расстройствами и показателей личностной тревожности и уровня тревоги по данным МЦВ у больных с паническим вариантом ТФНР.

У БШГ в связи с наличием в клинической картине заболевания ТФНР отмечались различные виды защитного ограничительного поведения. В процессе дополнительной корректирующей психофармакотерапии отмечалось формирование следующих навыков и показателей, отражавших положительную динамику форм ограничительного поведения в исследуемых группах: выработка адекватного отношения к болезни, адекватная установка на терапию, повышение активности в отделении, психотерапевтический контакт с лечащим врачом, установка на социальную реабилитацию после выписки, адекватная состоянию установка на выписку. Анализ динамики психического состояния исследованных БШГ позволил сделать вывод о возможностях эффективного применения исследуемых препаратов для коррекции основных клинических вариантов ТФНР в случаях, когда они являются основой формирования ограничительного поведения. При сравнительном анализе эффективности были получены данные о том, что при курсовом применении мебикс (мебикар) позволил получить относительно более выраженную положительную динамику, чем феварин (флувоксамин) и диазепам (реланиум) по эффективности воздействия на ТФНР и сопряженные с ним проявления ограничительного поведения у исследуемых больных шизофренией.

Основной задачей психотерапии являлось формирование адекватного отношения к болезни и лечению, навыков самоанализа и самокоррекции психического состояния, исследовалось овладение навыками самоанализа психического состояния, овладение навыками самопсихокоррекции при стрессах, способность к усвоению установок на поддерживающую фармакотерапию, способности формировать более доверительные и продуктивные взаимоотношения с лечащим врачом, медперсоналом, адекватная установка на ожидаемые социально-психологические проблемы, выработка навыков саморегуляции психического состояния.

Было выявлено, что включение мебикса (мебикара), феварина (флувоксамина), диазепама (реланиума) в комплексную терапию больных шизофренией при коррекции тревожно-фобических невротических расстройств позволяет повысить эффективность психотерапии этих больных. При применении мебикса (мебикара) выявляется значимое различие ( $p < 0,05$ ) при оценке всех показателей эффективности психотерапевтической коррекции, что, в свою очередь, является фактором повышения устойчивости ремиссии. Включение феварина (флувоксамина) и диазепама (реланиума) относительно в меньшей степени влияет на повышение эффективности психотерапевтической коррекции ( $p < 0,05$ ) по сравнению с контрольной группой. Выявлялось формирование таких навыков, как способность к анализу собственного состояния, способность к самопсихокоррекции, формирование установки на продолжение контакта с врачом после выписки, способность к поддержанию адекватного психического состояния. Включение в терапию диазепама (реланиума) проявлялось во влиянии на способность поддержания адекватного психического состояния, формирование установки на продолжение контакта с врачом после выписки, усвоение установок на поддерживающую фармакотерапию.

Одним из факторов, препятствующих повышению эффективности лечения, являлось сочетание тревожно-фобических невротических расстройств (преобладавших исходно в клинической картине) с морбогенными нарушениями, проявлявшееся в исследуемых группах чаще всего в виде нивелировки эмоциональных проявлений, снижения энергетического потенциала, замедления темпа мышления, обеднения ассоциативных процессов, снижения побуждений, низкой социальной активности, ухудшения когнитивных процессов. В связи с этим мы проследили динамику основных проявлений апато-абулических морбогенных расстройств у исследуемых больных при дополнительной корректирующей терапии феварином и мебиксом. На фоне дополнительной корректирующей терапии отмечалась положительная динамика проявлений апато-абулических морбогенных расстройств во всех исследованных группах относительно исходных показателей. Влияние мебикса в большей степени ( $p < 0,05$ ) в сравнении с контролем отмечалось на такие показатели апато-абулических морбогенных расстройств как: снижение энергетического потенциала, замедление темпа мышления, когнитивные процессы, снижение побуждений и социальных интересов. В группе больных, принимавших феварин (флувоксамин), отмечалась положительная динамика таких показателей как: снижение побуждений, низкая социальная активность, замедление темпа мышления, снижение энергетического потенциала ( $p < 0,05$ ). В группе пациентов, принимавших диазепам (реланиум), значимое положительное влияние отмечалось на снижение побуждений и низкую социальную активность ( $p < 0,05$ ). В группе

контроля значимых показателей динамики морбогенных проявлений относительно исходных не выявлялось.

Таким образом, фактором повышения эффективности терапии у исследованных больных, получавших мебикс (мебикар), феварин (флувоксамин) и относительно в меньшей степени диазепам (реланиум), являлось сочетанное воздействие как на тревожно-фобические невротические расстройства, так и опосредованно на сопутствующие морбогенные нарушения.

Результаты катamnестического наблюдения в течение 2 лет в 62 случаях выявили следующее.

При оценке таких показателей, как нормализация сна, аппетита, настроения, снижение конфликтности, раздражительности, снижение к самообслуживанию, занятия самооздоровительной деятельностью, стремление к познавательной деятельности, адекватные контакты с родственниками и друзьями, способность к ведению трудовой деятельности на уровне домашнего хозяйства, способность к социально-трудовой деятельности, было выявлено в группе больных, принимавших феварин, в целом значимое улучшение показателей ( $p < 0,05$ ) относительно контроля у больных с агорафобическими и паническими расстройствами. В группе больных, принимавших мебикс, значимые результаты в целом отмечались при всех исследуемых вариантах ТФНР; в группе пациентов, получавших диазепам (реланиум), в целом значимые показатели ( $p < 0,05$ ) выявлялись у больных с агорафобическими расстройствами.

Во всех группах сравнения у БШГ с развитием ТФНР после лечебного курса в периоде становления ремиссии при катamnестическом наблюдении отмечалось повышение показателей длительности последующей ремиссии относительно исходных показателей. После дополнительной психофармакотерапии феварином (флувоксамином) длительность последующей ремиссии у исследуемых больных при катamnестическом обследовании составила: в группе с агорафобическими проявлениями –  $204,3 \pm 28,5$  дня, с социофобическими проявлениями –  $162,3 \pm 24,6$  дня, в группе пациентов с паническими расстройствами –  $178,9 \pm 31,2$  дня ( $p < 0,05$ ), что значимо отличается от показателей контрольной группы. В группе исследуемых больных, получавших курсовое лечение, включающее мебикс (мебикар), длительность последующей ремиссии составила: у больных с исходно диагностированными агорафобическими проявлениями –  $267,5 \pm 28,3$  дня ( $p < 0,05$ ), с социофобическими –  $219,1 \pm 22,5$  дня ( $p < 0,05$ ), с паническими расстройствами –  $237,8 \pm 36,1$  дня ( $p < 0,05$ ). Средняя продолжительность ремиссии у больных, получавших диазепам (реланиум), в группах с агорафобическими, социофобическими и паническими расстройствами составила соответственно  $212 \pm 31,6$  ( $p < 0,05$ ),  $154,8 \pm 34,7$ ,  $161,9 \pm 22,5$  дня. У исследуемых больных контрольной группы показатели длительности пос-

ледующей ремиссии в среднем составили  $153,4 \pm 26,2$  дня,  $132,2 \pm 19,7$  дня,  $129,5 \pm 22,3$  дня соответственно в группах с агорафобическими, социофобическими и паническими вариантами тревожно-фобических невротических расстройств. Исходные показатели средней длительности последующей ремиссии у больных исследованных групп по вариантам тревожно-фобических невротических расстройств выглядят следующим образом: при агорафобических расстройствах –  $138,2 \pm 17,8$  дня, при социофобических нарушениях –  $96,6 \pm 13,2$  дня, при панических расстройствах –  $115 \pm 18,6$  дня.

В целом динамика показателя длительности последующей ремиссии в группе исследуемых пациентов, принимавших в качестве корректирующей терапии мебикс (мебикар), оказалась относительно большей, статистически отличалась от группы больных, принимавших феварин (флувоксамин) и диазепам (реланиум) у больных шизофренией с агорафобическим ( $p < 0,05$ ) вариантом тревожно-фобических невротических расстройств.

При катamnестическом наблюдении пациентов была исследована распространенность тревожно-фобических невротических расстройств при последующей госпитализации. При этом в одних случаях части пациентов повторно проводилась курсовая корректирующая терапия. После купирования острых психотических расстройств назначался превентивно, в дополнение к базовой антипсихотической терапии, один из препаратов, соответствующий первому этапу корректирующей психофармакотерапии: феварин (флувоксамин), мебикс (мебикар) или диазепам (реланиум) курсом 4 недели. В периоде становления ремиссии проводилась контрольная диагностика тревожно-фобических невротических расстройств. В других случаях корректирующая терапия при повторных обострениях шизофрении не назначалась.

После проведения повторного курса корректирующей терапии феварином (флувоксамином) средняя длительность госпитализации составила  $64,8 \pm 12,4$  дня. У пациентов, которым не проводился повторный курс корректирующей терапии, средняя длительность госпитализации составила  $78,3 \pm 11,9$  дня. При этом проявления агорафобических, социофобических и панических нарушений выявлялись соответственно в 13,3%, 6,7%, 6,7% случаев, не выявлялись тревожно-фобические невротические расстройства с наличием адекватной психическому состоянию установкой на выписку в 26,7% случаев. У больных, которым не проводился повторный курс коррекции, агорафобические, социофобические и панические расстройства выявлялись соответственно в 20,0%, 6,7%, 13,3% и в 6,7% случаев данные нарушения отсутствовали и имелась адекватная установка на продолжение лечения в амбулаторных условиях.

При применении мебикса (мебикара) в качестве препарата повторного курса коррекции средняя продолжительность госпитализации составила  $53,3 \pm 10,5$

дня. В случаях, когда повторно корректирующий препарат сравнения не применялся, в группе пациентов исходно принимавших мебикс (мебикар), средняя длительность госпитализации составила  $83,2 \pm 16,2$  дня. Агорафобические, социофобические и панические расстройства на фоне повторного применения регистрировались в 6,3%, 6,3%, 6,3% случаев соответственно, не выявлялись признаки тревожно-фобических невротических расстройств и имела установка на выписку в 31,3% случаев. В случаях, когда корректирующий препарат не применялся, были диагностированы в 12,5% случаев агорафобические, в 12,5% случаев социофобические, в 12,5% случаев панические расстройства и отсутствовали признаки тревожно-фобических невротических расстройств в 12,5% случаев. В группе исследованных пациентов, принимавших диазепам (реланиум), средняя длительность госпитализации на фоне повторного применения курса корректирующей терапии составила  $71,2 \pm 21,4$  дня, в случаях, когда повторный курс не проводился –  $89,4 \pm 19,6$  дней. Агорафобические, социофобические и панические расстройства после проведения повторного курса терапии выявлялись соответственно в 9,1%, 18,2%, 9,1% случаев, не выявлялись данные расстройства в 18,2% случаев. В случаях, когда диазепам (реланиум) повторно не применялся, данные показатели регистрировались в 18,2%, 9,1%, 9,1%, 9,1% случаев.

В группе контроля средняя длительность госпитализации составила  $92,6 \pm 15,1$  дня, тревожно-фобические невротические расстройства в форме агорафобических, социофобических и панических расстройств регистрировались соответственно в 33,3%, 25,0% и 33,3% случаев, отсутствовали тревожно-фобические невротические расстройства и имела адекватная психическому состоянию установка на

выписку в 8,3% случаев. Таким образом, при анализе полученных данных выявляется, что при повторном применении психокорректирующая активность препаратов с анксиолитической активностью сохраняется, при применении их у больных шизофренией с явлениями госпитализма для коррекции тревожных и фобических невротических расстройств. Относительно большая стойкость полученных позитивных изменений прослеживается в группе пациентов, принимавших мебикс (мебикар), что может быть связано с комплексным фармакологическим эффектом этого препарата (транквилирующим, антидепрессивным, ноотропным в том числе), улучшающим параметры психотерапии, самокорректирующих навыков и эффекта эндогенного обучения. Отдаленные результаты катамнестического наблюдения и обследования пациентов, принимавших феварин (флувоксамин) и диазепам (реланиум), отражали тенденцию к снижению распространенности тревожно-фобических невротических расстройств при последующих обострениях основного психического заболевания и снижению продолжительности госпитализации.

### Выводы

1. В структуре невротических расстройств, как проявлений госпитализма у больных шизофренией в стадии ремиссии, выделяются тревожно-фобические, представленные тремя их видами: агорафобическими, социофобическими и паническими.

2. Дополнительное включение препаратов с анксиолитической активностью в терапию больных шизофренией с явлениями госпитализма позволяет эффективно купировать тревожно-фобические невротические расстройства и существенно повысить общую эффективность лечения.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я. Психотерапия и внутрибольничная реабилитация // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями. – Томск, 1971. – С. 3–5.
2. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. – М.: Наука, 1976. – 272 с.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М., Ростов-на-Дону, 1997. – 572 с.
4. Бурковский Г.В. Личностный смысл госпитализации и терапевтической активности психически больных в условиях реабилитационного отделения // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1990. – Т. 90, № 11. – С. ...
5. Вальдман А.В., Заиконникова И.В., Козловская М.М., Зимакова И.Е. Изучение особенностей спектра психотропного действия мебикара // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 1980. – С. 568–570.
6. Вовин Р.Я. Динамика ремиссий при шизофрении и их рациональная психотерапия // Профилактическая и противоречивая терапия психических заболеваний. – Л., 1986. – С. 5–16.
7. Воловик В.М. О дифференциации форм и методов восстановительного лечения больных в психиатрической больнице // Реабилитация психически больных. – Л., 1971. – С. 18–29.
8. Воловик В.М., Вид В.Д. Психотерапия и психотерапия // Фармакологические основы реабилитации психически больных. – М., 1989. – С. 98–117.
9. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М., 2004. – 491 с.
10. Дёгтев В.П. Реакции больных шизофренией на госпитализацию и их влияние на адаптацию в стационаре // Обозрение психиат-

- рии и медицинской психологии инст. им. В.М.Бехтерева. – 1993. – № 1. – С. 87–89.
11. Жилиев А.Г., Зимакова И.Е. Особенности анксиолитического эффекта транквилизатора мебикара // Материалы Российской конференции, посвященной 75-летию профессора И.В.Заиконниковой «Фармакология и токсикология фосфорорганических и других биологически активных веществ». – Казань, 1996. – Вып. 3. – С. 60.
12. Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. – М., 1964. – 216 с.
13. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – СПб., 1998. – 225 с.
14. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983. – 312 с.
15. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л., 1985.
16. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Клиническая структура госпитализма у больных шизофренией (аспекты реабилитации) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1977. – Т. 77, Вып. 11. – С. 1711–1715.
17. Краснов В.Н., Гурович И.Я. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. – М., 2000. – С. 104–105.
18. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Госпитализм при шизофрении. – Томск, 1983.
19. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб., 1995. – 565 с.
20. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства. – М., 2007.
21. Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Иванов С.В., Андреев А.М.

Лечение тревожно-фобических расстройств: непосредственный и отдаленный результат, прогноз эффективности // Тревога и обсессии (Под ред. А.Б.Смулевича). – М., 1998. – С. 158–187.

22.Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Психопатология и терапия шизофрении на неманифестных этапах процесса // Психиатрия и психофармакология. – 2005. – Т. 7, № 4. – С. 22.

## **CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OF ANXIOUS AND PHOBIC NEUROTIC DISORDERS IN SCHIZOPHRENICS WITH FEATURES OF HOSPITALISM**

**A. U. Karimov**

The investigators state that the duration of schizophrenic patients stay in hospital in remission depends on three factors, specifically, (1) “morbogenic”, i.e. associated with developing deficitary symptoms and progressing defect; (2) social, associated with living conditions; and (3) neurotic, associated with effect of psychogenic factors. Within the structure of neurotic factors that contribute to development of hospitalism, special place belongs to anxious and phobic disorders, which are presented by agoraphobic, sociophobic and panic disorders.

Features of hospitalism in schizophrenic patients can be effectively treated with anxiolytics added to regular medication. Authors claim that adequate correction of neurotic anxiety and phobias in schizophrenic patients with features of hospitalism would contribute to a high quality, long-term and stable remission and low risk of neurotic anxious disorders and avoiding behaviors during exacerbations in the future. It would also provide economic effect due to prevention of “extra-long” stay of these patients in the hospital.