

(8,4%). Идеи мессианства сопровождались самой высокой тематикой божества (45,0%), выявлены были христианские символы (18,7%), нечистая сила (6,2%) и маги, колдуны (6,2%), богоизбранные (5,0%). В случае бреда греховности преобладала тематика, связанная с порчей и греховностью (31,2%), божественными символами (12,5%), Господом Богом (15,6%) и силами ада (12,5%). Мистический бред включал компонент христианских символов, что подтверждалось высоким процентом – 19,6%, а также тематикой преисподней (13,1%). В религиозном бреде реформаторства помимо темы божества (38,8%), наблюдались христианские символы (16,6%) и богоизбранность – 11,2 %.

Рассматривая эту проблему в половой принадлежности, отличие от мужчин, которые согласно наблюдениям никогда не идентифицировали себя с женскими образами, пациентки достаточно часто называли себя Богом, Иисусом Христом (54,4%), отождествляя себя с божеством, значительно чаще, чем с «Девой Марией» и «Христовой невестой» (1,6%). Особенно ярко видно преобладание в мистическом бреде (жен. – 27,9%, муж. – 25,0%) проявляясь таинственной связью с божественной силой, отмечая свою неземную природу. Мужчины отождествляли себя с Богом или Христом (66,6%), что открыто, проявляется в идеях мессианства (муж. – 36,1%, жен. – 26,5%).

Выводы.

Проведенный анализ тематических групп, показал, высокий рейтинг божества, христианской символики и демонических сил. Выявляется низкий процент негативной аутоидентификации (отождествление с концом света, умершими людьми) и высокий процент позитивной аутоидентификации (отождествление с Богом, Иисусом Христом).

В структуре РАБК преобладали идеи, связанные с божеством у больных с бредом мессианства (45,0%), мистическим бредом (39,3%), и бредом реформаторства (38,8%). В то же время у больных с архаическим бредом колдовства преобладали фабулы, связанные с дьяволом (20,0%), колдунами (20,0%), и порчей (20,0%); при бреде одержимости значительную долю занимали темы связанные с нечистой силой – 41,6%.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ НЕВРОТИЧЕСКИХ И НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ

В.В. Обеснюк, О.А. Обеснюк

Кемеровская ОКПБ

E-mail авторов: obesnyuk.61@mail.ru

Целью данного исследования было изучение электрофизиологических признаков, характерных для пациентов с невротическими (истерическими)

ми) и невротическими (истерическими) расстройствами

Материал и методы: обследовано 175 больных, из которых 106 человек (основная группа) – с невротическими (истерическими) состояниями, возникающими на фоне резидуальной органической неполноценности головного мозга, и 69 человек (группа сравнения) – с невротическими (истерическими) состояниями, возникающими у лиц без резидуальной органической патологии ЦНС.

В нашем материале, в структуре истерических состояний было выделено два варианта, различающиеся различием внешними и внутренними проявлениями эмоций – экспрессивный и импрессионный (по В.Я. Семке, О.Э. Перчаткиной).

Для исследования резидуальных органических изменений в головном мозгу мы использовали компьютеризированную систему регистрации и анализа ЭЭГ «Нейровизор» производства АОЗТ «ВАСТ», г. Москва.

На первом этапе исследования изучали пространственное распределение индексов ритмов (%), максимальных амплитуд (мкВ), нормированной площади (мкВ/сек), используя периодометрический анализ.

На втором этапе исследования изучали пространственное распределение спектральной мощности (максимальной и средней) биопотенциалов также для каждого отведения в каждой частотной полосе. Ее численные значения, условно выраженные в мкВ/√ Гц, использовали для построения карт методом интерполяции. Расчет спектральных характеристик основан на алгоритме БПФ (быстром преобразовании Фурье).

Результаты и обсуждение.

При электрофизиологическом исследовании, проведенном у больных с экспрессивным типом реагирования, при периодометрическом анализе значений по группе выявляются индексы альфа-активности до 53% в основной и до 30% в группе сравнения. Индекс бета-активности от 9 до 30% и от 27 до 46% соответственно по группам. Индекс тета-активности до 30% в сравнении с 21%. Индекс дельта-активности до 11% в основной группе в сравнении с 1%.

Такие нарушения у пациентов с невротическими (истерическими) расстройствами свидетельствуют о наличии микроструктурных органических и регуляторных нарушений за счет выраженной дисфункции в деятельности регулирующих неспецифических систем мозга и оцениваются как умеренные, значительные или грубые. У пациентов группы сравнения данная картина ЭЭГ по классификации Е.А. Жирмунской оценивается как умеренные нарушения регуляторного характера за счет дисфункции регулирующих структур лимбико-ретикулярного комплекса.

Таким образом, выявлено, что при экспрессивном типе реагирования у больных основной группы преобладает альфа-активность 53% в сравнении с 30% у больных с истерическими расстройствами. Тогда как в группе сравнения главной является бета-активность (в основной 23% против 46% в группе сравнения).

При электрофизиологическом исследовании пациентов с импрессивным типом реагирования при периодометрическом анализе значений по группе выявляются индексы альфа-активности до 60% в основной и до 33% в группе сравнения. Индекс бета-активности до 24% и до 18% соответственно. Индекс тета-активности до 38 % в сравнении с 60%. Индекс дельта-активности до 15% в основной группе в сравнении с 12%.

Данная картина ЭЭГ у больных с истериформными расстройствами свидетельствует о наличии умеренных и значительных изменений в основном регуляторного характера за счет выраженной дисфункции в деятельности регулирующих неспецифических систем мозга и частично микроструктурные на нейрональном уровне. У пациентов с невротическими (истерическими) расстройствами эти изменения ЭЭГ оцениваются как умеренные нарушения регуляторного характера за счет дисфункции регулирующих структур лимбико-ретикулярного комплекса.

Таким образом, при импрессивном типе реагирования у больных основной группы (с истериформными состояниями, возникшими на фоне резидуальной органической недостаточности ЦНС) преобладает альфа-активность 60% в сравнении с 33% у больных с истерическими расстройствами. В группе сравнения главной является тета-активность (в основной 45% против 60% в группе сравнения).

Проведенное исследование показало, что на компьютерной ЭЭГ у пациентов выявляются электрофизиологические различия в зависимости от наличия органической недостаточности головного мозга и типологических особенностей невротоподобных (истериформных) и невротических (истерических) состояний.

МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ИСТЕРИФОРМНЫХ СОСТОЯНИЙ, ФОРМИРУЮЩИХСЯ НА ФОНЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

О.А. Обеснюк, В.В. Обеснюк

Кемеровская ОКПБ

E-mail авторов: obesnyuk.61@mail.ru

Целью нашего исследования было изучение эффективности терапии при превентивном воздействии на органическую «почву» с последующим лечением психогенных истерических наслоений у пациентов с истериформными расстройствами, возникающими на фоне резидуальной органической недостаточности головного мозга.

По результатам нашего исследования были разработаны реабилитационные программы с учетом характера возникновения органической недостаточности и типологических особенностей истериформных состояний. Каждая программа включает в себя несколько элементов, функциональное значение которых на каждом этапе лечения может быть различным. Всего разработано восемь программ: четыре для

пациентов с невротическими расстройствами и четыре для лиц с истерическими психопатиями, возникшими на фоне резидуальной органической недостаточности головного мозга.

Нами была изучена группа больных из 106 человек. Группа формировалась по следующим критериям: все пациенты были с истерическими состояниями, соответствующими критериям раздела F44 и F60.4. Все больные еще до развития невротоподобных и психопатоподобных (истериформных) состояний имели экзогенные вредности, которые привели к развитию резидуальной органической недостаточности головного мозга, которую мы кодировали по МКБ-10 как F06.82, F07.2, F07.

Условно весь период лечения мы разделили на три этапа: подготовительный, основной (базисный) и поддерживающий. При лечении больных осуществлялся комплексный подход, сочетающий применение фармакологических средств и психотерапевтические мероприятия. На первом этапе нашими действиями были воздействия на имеющуюся «органическую» недостаточность путем назначения ноотропов в комплексе с общеукрепляющим лечением и психотерапевтическим воздействием, а также использование седативных препаратов растительного происхождения. Второй (базовый) этап был направлен на купирование собственно истерической симптоматики и включал в себя добавление небольших доз малых транквилизаторов, антидепрессантов. Третий этап (поддерживающий) содержал элементы базисной терапии и ноотропы.

В основу терапии, проводимой первые 10 дней (подготовительный этап), было положено активное воздействие на основные патогенетические звенья органической недостаточности головного мозга. На данном этапе лечения не применялись транквилизаторы, антидепрессанты, не воздействовали на собственно истерическую симптоматику.

Во время терапии церебрально-органической недостаточности мы использовали препараты нейрометаболического действия (ноотропы), которые назначали каждому пациенту основной группы преимущественно в виде в/в или в/м инъекций. Кроме того, пациенты получали дегитратирующую, общеукрепляющую, рассасывающую терапию (церебролизин, ФИБС, экстракт алое), вследствие чего уменьшались расстройства, связанные с церебрально-органической недостаточностью, а также назначали им седативные средства растительного происхождения.

На этом этапе нами широко использовались фитотерапевтические средства седативного спектра: корень валерианы, пустырник, настойка пиона, новопассит и обязательно каждому пациенту проводились психотерапевтические мероприятия, которые включали (одномоментная или последовательная рациональная, индивидуальная гипносуггестивная терапия, аутогенная тренировка).

Задачами психотерапевтической помощи на первом этапе является создание терапевтической установки, снижение аффективной напряженности. В этот период пациенты становились менее тревожными, у многих улучшался ночной сон.