

8. Freeman EW. *Treatment of depression with menstrual cycle. Dialogues in clinical neuroscience. CNS Asp Rep Endocrin* 2002; 4 (2): 177–90.
9. McEwen BS. *Basic neurobiology of ovarian steroids: clinical implication. Dialogues in clinical neuroscience. CNS Asp Rep Endocrin* 2002; 4 (2): 163–75.
10. McEwen BS. *How Sex and Stress Hormones Regulate the Structural and Functional Plasticity of the Hypocampus in The cognitive neurosciences III* Ed. M.S. Gazzaniga, 2004; ch. 13, p. 171–83.
11. Rubinow DR, Schmidt PJ. *Gonadal steroids, brain, and behavior: role of context in Dialogues in clinical neuroscience. CNS Asp Rep Endocrin* 2002; 4 (2): 123–47.
12. Sapolsky RM. *Stress and cognition in The cognitive neurosciences III* Ed. M.S. Gazzaniga, 2004; ch. 74, p. 1031–9.
13. Дробышев М.Ю., Измак А.Ф. *Нейрональная пластичность – новая мишень в терапии депрессий. М.: Сервье, 2003.*
14. Holtzheimer PE, Nemeroff CB. *Future prospects in depression research in Dialogues in clinical neuroscience. Depression in medicine* 2006; 8 (2): 175–86.
15. McEwen BS. *Structural plasticity of the adult brain in Dialogues in clinical neuroscience. Neuroplasticity* 2004; 6 (2): 119–35.
16. Shakesby AC et al. *Overcoming the effects of stress on synaptic plasticity in the intact hippocampus: rapid actions of serotonergic and antidepressant agents. J Neurosci* 2002; 22: 3638–44.
17. Wayne Drevets C. *Neuroplasticity in mood disorders in Dialogues in clinical neuroscience. Neuroplasticity* 2004; 6 (2): 199–216.
18. Fountoulakis KN, Kantartzis S, Siamouli M et al. *Peripheral thyroid dysfunction in depression. World J Biol Psychiatry* 2006; 7 (3): 131–7.
19. Baldwin DS, Hirschfeld R. *Fast Facts. Depression. Health Press. Oxford. Second edition* 2005; p. 22–48.
20. Goodwin GM, Phil D. *Depression and associated physical diseases and symptoms in Dialogues in clinical neuroscience. Depression in medicine* 2006; 8 (2): 259–65.
21. Delbende C et al. *Effect of chronic treatment with the antidepressant tianeptine on the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. Eur J Pharmacol* 1994; 14: 245–51.

Психопатологические аспекты инволюционной истерии

В.Э.Медведев

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН, Москва

Инволюционная истерия (ИИ) – психопатологический симптомокомплекс, развивающийся в климактерический период преимущественно у женщин [5] от 35–40 до 55–60 лет [3]. Согласно результатам исследований симптомы ИИ выявляются у 10–46% пациентов соответствующего возраста, обратившихся к врачам общей медицинской практики. При этом 82% наблюдений приходится на женщин [31]. Риск развития синдрома повышается в 2–3 раза при ранней менопаузе (в возрасте от 40 до 45 лет) и в 6 раз – при преждевременной (до 40 лет), обусловленных разными причинами (хронические заболевания, генетическая предрасположенность, оперативные вмешательства и т.д.) [19].

К провоцирующим факторам ИИ большинство исследователей относят психогенные триггеры (хронические или субъективно тяжелые конфликты, смерть близкого, утрата или смена работы, места жительства, материальные затруднения и пр.) [4, 32]. Другие авторы наряду с психогениями указывают на этиологическую роль соматогенных (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, нарушения сердечного ритма) [8, 20, 30] и эндокринных (гипоэстрогения, нарушения гормонального фона в репродуктивной системе вследствие миомы матки, эндометриоза, гистеро-, овариэктомия) факторов [11, 19].

Синдром ИИ описывается в литературе как в рамках динамики расстройств личности [4, 13, 21, 23], так и манифестирующей в позднем возрасте психической патологии эндогенного круга: циклотимии [17], шизофрении [24], функциональных психозов [15].

Следует подчеркнуть, что среди конституциональных свойств пациентов, страдающих ИИ, часто обнаруживаются черты, сопоставимые с гистрионными: склонность к драматизации, поиск внимания, манипуляции в интерперсональных отношениях [3, 23].

При этом у части пациентов такие черты отмечаются на фоне высокого уровня активности и приподнятого фона настроения. В других наблюдениях ИИ развивается у личностей «близированного» типа, относимых к «астеническому полюсу» аномалий истерического круга [37].

Классификация

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра состояния, относимые к ИИ, представлены в рубриках: расстройства настроения (депрессивный эпизод – F32, дистимия – F34.1); невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (тревожно-фобические расстройства – F40, другие тревожные расстройства – F41), реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации – F43, диссоциативные (конверсионные) расстройства – F44, соматоформные расстройства – F45, другие невротические расстройства – F48; истерическое расстройство личности – F60.4.

Клинические особенности

Клиническая картина синдрома характеризуется наличием отчетливых психосоматических корреляций: полиморфных обменно-эндокринных, вегетативных и психических расстройств.

Эндокринные нарушения, обнаруживаемые у части пациентов, проявляются расстройством менструального цикла, сексуальной дисфункцией, повышением или снижением либидо, неприятными ощущениями в области половых органов. Климактерический синдром (N95.1 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра) реализуется также увеличением массы тела, приливами жара к верхней половине туловища, расстройствами поздней менопаузы с трофическими обменными нарушениями в виде сухости слизистых оболочек, остеопороза [11].

Перечисленные симптомы развиваются в пре- и/или менопаузе, по данным лабораторных и инструментальных обследований, на фоне нейроэндокринных сдвигов, реализующихся резким сокращением синтеза эстрогенов (фолликулинстимулирующего и лютеинизирующего гормонов), что приводит к снижению активности триптофангидроксилазы и повышению активности белков – транспортеров серотонина, 5HT1A-ауторецепторов и моноаминоксидазы. В результате указанных процессов происходят нарушения регуляции серотонинового обмена [28, 34], отчасти обуславливающие и развитие аффективных расстройств.

Тяжесть выявляемой при обследовании у некоторых больных ИИ сердечно-сосудистой патологии оказывается умеренной, не соответствующей объему и насыщенности жалоб пациенток. Об этом же свидетельствуют нечастые гипертонические кризы и нарушения сердечного ритма, а также приступы стенокардии, которые купируются самостоятельно гипотензивными, антиаритмическими, нитратосодержащими средствами соответственно [14]. Обычно не выявляется таких осложнений артериальной гипертензии, как нарушения мозгового кровообращения, дисциркуляторная энцефалопатия, почечная и сердечная недостаточность. При стенокардии наблюдались типичные кардиальные приступы умеренных напряжений (II функциональный класс) без такого осложнения, как сердечная недостаточность. Нарушения сердечного ритма исчерпывались признаками атриовентрикулярной блокады I-й степени, нарушениями локальной и/или общей сократимости или диастолической дисфункции левого желудочка. Умеренную тяжесть соматической патологии подтверждают результаты эхокардиографии, согласно которым в большинстве случаев признаки гипертрофии миокарда левого желудочка не верифицируются, а также данные тредмил-теста, указывающие на среднюю и высокую толерантность к физическим нагрузкам и, соответственно, высокие компенсаторные возможности [1, 14].

Психопатологические проявления

Психопатологические проявления ИИ гетерогенны и представлены разными сочетаниями депрессивных* (подавленное настроение с преобладанием безрадостности, тревоги, раздражительность, общая слабость, вялость, повышенная утомляемость, страх грядущей старости, одиночества, материальной неустроенности, потери внешней привлекательности); соматоформных (конверсионных, соматизированных, вегетативных: приливы жара в теле или озноб, повышенная потливость, непереносимость духоты, чувство нехватки воздуха, ощущение «жжения» в теле, «перебоев» в работе сердца, алгии, диспепсия, «сжимания» в сердце, дрожь в теле, псевдообморочные состояния, головокружение, «спазмы» в горле); ипохондрических (истерофобии, навязчивые опасения тяжелого недуга); патохарактерологических (демонстративность, театральное «горевание», суицидальный шантаж, дисфорические вспышки, «вымогательство заботы» и т.д.) расстройств [6, 10, 33].

Типология синдрома ИИ базируется на выделении аффективно (депрессивно) доминантной и соматизированной формы [2, 20].

Обследование

При клинко-психопатологическом обследовании в картине аффективных нарушений ИИ у пациенток на фоне умеренной гипотимии отмечаются тревога и страх, без витальных признаков, чувство тоски и апатии. Денотатом депрессии являются преувеличенные

опасения грядущей старости, одиночества, утраты привлекательности (инволюционный комплекс). При этом пациенты не обнаруживают депрессивной самооценки и переоценки прошлого. Напротив, «вектор» вины со стремлением представить себя жертвой несчастных обстоятельств, подчеркнуть несправедливость судьбы у них направлен на окружающих. Явно преувеличенные жалобы подкрепляются нарочито скорбной мимикой, стоном, рыданиями и сочетаются с грубыми претензиями к окружающим, повышенной требовательностью к родственникам [16, 29, 35].

Соматовегетативные проявления

Значительное место в структуре аффективного синдрома занимают соматовегетативные проявления. Как правило, они выступают в виде гомономных (напоминающих симптомы сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологии), полиморфных соматизированных и конверсионных симптомов.

Возникновение и развитие депрессивных состояний при ИИ в большинстве случаев подчиняется механизму реактивной лабильности, по которому реализуются обострения в большинстве наблюдений [14, 20].

Для клинической картины соматизированной ИИ характерно доминирование полиморфной конверсионной симптоматики (психалгии, дизестезии, включая топографически ограниченные нарушения чувствительности, астазия-абазия, ощущение кома в горле – globus hystericus, – тремор, телесные фантазии), усиливающей проявления коморбидной соматической патологии.

Так, по данным Т.П.Поляковской (2011 г.), при наличии реального соматического заболевания (например, гипертонической болезни) подъемы артериального давления при ИИ сопряжены с функциональными симптомами (ощущение головокружения и шаткости походки, дрожь в теле, «ком в горле», онемение рук и ног, не связанные с физической нагрузкой полиморфные кардиалгии, включая прокалывающие – словно вонзили нож, – сжимающие, стреляющие боли за грудиной, в левой половине грудной клетки, в левой подлопаточной области).

Пациенткам свойственна тревога о здоровье с формированием атипичных панических атак, при которых избегающего поведения не формируется. Такие соматовегетативные кризы, протекающие с кратковременными проявлениями вегетативной и конверсионной симптоматики, в зависимости от «выбора органа» нередко имитируют разные виды ургентной патологии (инфаркт миокарда, инсульт, почечная колика, приступ бронхиальной астмы, острый живот) и обходятся самостоятельно, без нарушения функций органов и систем.

При этом тревожные пароксизмы предвещают становление стойких органоневротических нарушений по типу кардионевроза или гипервентиляционного синдрома. Органоневротическая симптоматика сочетается с истерическими фобиями ипохондрического содержания (красочные, изменчивые по фабуле нозофобии с образными представлениями сцен телесной катастрофы, агонии, похорон).

Истеро-ипохондрический симптомокомплекс включает астенические проявления, представленные как гиперпатиями (непереносимость внешних раздражителей – яркого света, громких звуков и пр.) и общей психической гипералгезией, так и гипостеническими проявлениями (повышенная утомляемость, слабость, вялость, снижение работоспособности). Утрированные жалобы на «невыносимую» усталость, «полную прострацию» сопровождаются массивной конверсионной и соматоформной симптоматикой.

* При формировании климактерического синдрома депрессивные расстройства выявляются у 33–78% [18, 22, 36].

Соматизированный тип инволюционной истерии характеризуется тенденцией к хронификации. По мере формирования невротического (истеро-ипохондрического) развития происходит постепенное амальгамирование телесных ощущений с характерологическими девиациями. Доминируют сетования больных на невнимание и черствость окружающих, не отвечающих благодарностью на самопожертвование, потребность «вымогать заботу» с признаками условной желательности болезни и принятия роли страдальца [16, 20].

Прогноз

Исходы и прогноз ИИ определяются в соответствии с нозологической принадлежностью изучаемых состояний. При манифестации истерических проявлений в рамках динамики расстройств личности происходит полная редукция психопатологических симптомов или формируется патологическое развитие личности [13, 23], тогда как при формировании инволюционной истерии, обусловленной эндогенной патологией, прогноз менее благоприятен: постепенно происходит присоединение признаков соответствующих расстройств – аффективных или эндогенно-процессуальных.

Кроме того, инволюционное депрессивное расстройство, выступая в коморбидной связи с разнообразной соматической патологией (сердечно-сосудистой, гастроинтестинальной, дерматологической [1]), ухудшает клинический прогноз, социальную адаптацию, качество жизни больных [10, 12, 33].

Таким образом, проблема психопатологических расстройств в рамках ИИ значима не только для психиатров, но и врачей общей практики (неврологов, эндокринологов, гинекологов, терапевтов, кардиологов и др.).

Несмотря на психосоматический характер симптомов ИИ, клинический опыт показывает, что терапия данного состояния осуществляется преимущественно врачами общей медицинской сети – гинекологами, кардиологами, эндокринологами, терапевтами и т.п.

Возможности терапии

До последнего времени основным методом лечения рассматриваемого синдрома является заместительная гормональная терапия [7, 11] в комплексе с «общеукрепляющими» препаратами, витаминами, биологически активными добавками, физиотерапией [18]. Однако она не всегда приводит к желаемому положительному влиянию и чревата развитием побочных эффектов, связанных в первую очередь с повышением риска развития онкологической патологии, ишемической болезни сердца и тромбоэмболии [9].

На современном этапе развития фармакотерапии применение гормональных препаратов уступает место психофармакотерапии с использованием современных антидепрессантов, анксиолитиков, антипсихотиков [25, 27, 28] и психотерапии [26].

При проведении психофармакотерапии препаратами выбора являются нейротропные препараты, обладающие не только тимолептическими свойствами, но и анксиолитической и вегетотропной активностью. Очевидно, что препарат выбора в терапии инволюционных депрессий должен характеризоваться хорошей переносимостью и обладать минимумом побочных эффектов, чтобы исключить фармакологическое потенцирование соматоэндокринных проявлений патологического климактерия. Необходимо также иметь в виду частоту соматической патологии в период климактерия и распространенность проведения заместительной гормональной терапии по поводу специфических климактерических расстройств у женщин, что

предполагает хорошую сочетаемость антидепрессанта с соматотропными и гормональными препаратами. Также, учитывая тот факт, что многие женщины лечатся амбулаторно и стремятся к сохранению работоспособности и социального статуса, необходимо назначать препарат, не снижающий когнитивные функции, не обладающий седативным эффектом, удобный в дозировании.

Выбор конкретной терапевтической тактики осуществляется в зависимости от клинической картины ИИ.

При аффективных расстройствах предпочтительно использование тимоаналептиков с анксиолитическим эффектом (агомелатин, пароксетин, флувоксамин, эсциталопрам и др.) [14, 28]. Эффективность лечения достигается, по разным данным, 70–80% [1, 14, 20] и сопровождается не только редукцией истеро-депрессивной симптоматики, но и достаточно быстрым восстановлением прежнего уровня социального функционирования с возвращением к привычной (в том числе и профессиональной) деятельности.

Клинически положительный эффект психофармакотерапии проявляется уменьшением выраженности гипотимии, редукцией истеро-депрессивного содержательного комплекса. Больные отмечают улучшение настроения с одновременным уменьшением тревоги, вялости, подавленности, эмоциональной напряженности, раздражительности. В значительной степени деактуализируются ипохондрические идеи. Отмечая постепенное восстановление душевного равновесия, пациенты констатируют, что раньше слишком пессимистично оценивали ситуацию, «неосознанно» преувеличивали опасность одиночества, утраты привлекательности и их социальных последствий.

Психотерапия направлена на построение конструктивной психологической защиты и поведенческих стратегий (в частности, самоконтроль и ответственность), позволяющих справляться с эмоциональными конфликтами и стрессом путем адекватной оценки реальной ситуации и отказа от манипуляций [20].

При соматизированной ИИ предпочтительно назначение атипичных антипсихотиков, обладающих аффинитетом к психосоматическим расстройствам (кветиапин, сульпирид, алимемазин). Антипсихотики применяются в сочетании с антидепрессантами, эффективными в отношении психических и соматовегетативных нарушений, связанных с климактерием. При недостаточной эффективности лечения присоединяются назначаемые короткими курсами транквилизаторы (производные бензодиазепина и других групп).

Психофармакотерапия при соматизированной ИИ сочетается с когнитивно-бихевиоральной психотерапией, направленной на развитие адаптивных копинг-стратегий (реатрибуция со снижением угрожающего смысла соматизированной симптоматики, формированием убежденности в отсутствии опасной для жизни телесной болезни) [20].

Литература

1. Батурин КА, Янышина ТП, Троснова АП, Добровольский АВ. Соматические проявления при инволюционной истерии. Психич. расстройства в общей медицине. 2006; 1 (1): 23–7.
2. Волель БА, Янышина ТП. Инволюционная истерия в рамках динамики расстройств личности. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2004; 11: 47–54.
3. Ганнушкин ПБ. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М.: Север, 1933.
4. Гейер ТА. К постановке вопроса об «инволюционной истерии». Труды психиатр. клин. 1 Моск. ун-та. 1927; 2: 45–51.
5. Гилларовский ВА. Психиатрия. М.: Медгиз, 1954.
6. Гловина НА. Психические расстройства у женщин в период климактерия. М., 1996.

7. Дикевич ЕА, Овинникова ТЕ. Терапия депрессивных расстройств, связанных с перименопаузой. РМЖ. 2008; 12: 1720–4.
8. Дубницкая ЭБ. О клинических особенностях синдрома истерической ипохондрии. Журн. невропатологии и психиатрии. 1977; 5: 733–9.
9. Дубницкая ЭБ. Непсихотические депрессии, связанные с репродуктивным старением женщин (лекция). Психические расстройства в общей медицине. 2010; 3: 39–40.
10. Колбасников СВ, Бахарева ОН. Особенности клинических, психовегетативных и когнитивных расстройств у женщин с артериальной гипертензией в зависимости от условий наступления менопаузы. Терапевт. арх. 2005; 3: 27–39.
11. Крымская МЛ. Климактерический период. М., 1989.
12. Кустаров ВН, Черниченко ИИ, Губин ВА, Чуданов СВ. Функция вегетативной нервной системы и психическое состояние женщин в периоде перименопаузы. Журн. невропатологии и психиатрии. 2006; 106: 9: 59.
13. Лакосина НД. Неврозы и невротические развития. Руководство по психиатрии. М., 1988; с. 231–62.
14. Медведев ВЭ. Терапия непсихотических депрессий в рамках инволюционной истерии (опыт применения Вальдоксана). Психиатрия и психофармакотерапия. 2011; 4: 14–8.
15. Менделевич ВД. Психопатология климакса. Казань, 1992.
16. Новиков ВМ. Возрастной патоморфоз основных форм истерических нарушений. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1984.
17. Плотников СМ, Ковалев ЮВ. Истерические маски циклотимии в климактерическом возрасте. Ижевский гос. мед. ин-т, 1992.
18. Ромасенко ЛВ. Истерия и ее патоморфоз. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1993.
19. Павлова ЕВ. Пограничные психические расстройства в пред- и постоперационные периоды гистерэктомии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2002.
20. Поляковская ТП. Инволюционная истерия. Дис. канд. мед. наук. М., 2011.
21. Семке ВЯ. Истерические состояния. М.: Медицина, 1988.
22. Сметник ВП, Кулаков ВИ. Руководство по климактерию. М., 2001.
23. Смулевич АБ. Расстройства личности. М., 2007.
24. Тювина НА. Депрессии у женщин в период климактерия и их лечение. Психиатрия и психофармакотерапия. 2011; 1: 36–9.
25. Тювина НА, Балабанова ВВ. Место коаксила в терапии депрессивных расстройств климактерического периода у женщин. Психиатрия и психофармакотерапия. 2002 (Прил. 1): 11–14.
26. Черниченко ИИ, Губин ВА. Психотерапия в коррекции психосоматического статуса при патологическом течении климактерического периода. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2006; 12: 63–5.
27. Юреньева СВ, Каменецкая ТЯ. Депрессивные расстройства у женщин в пери- и постменопаузе. Гинекология. 2007; 9 (2).
28. Arira O et al. Флувоксамин при терапии климактерических расстройств у японских женщин. Bio PsychoSocial Med 2007; 1: 2.
29. Beeber A, Klein M, Pies R, Manring J. Hysteroid dysphoria in depressed patients. J Clin Psychiatr 1984; 45 (4): 36–48.
30. Binfa L, Castelo-Branco C, Blumel JE et al. Influence of psychosocial factors on climacteric symptoms. Maturitas 2004; 48 (4): 425–31.
31. Blumel JE, Castelo-Branco C, Canelo MJ et al. Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. Maturitas 2004; 49 (3): 205–10.
32. Bumke O. Lebrubuch des Geisteskrankheiten 1924; 438–56.
33. Hansen S. Mental health issues associated with cardiovascular disease in women. Psychiatr Clin N Am 2003; 266: 693–712.
34. Lax R. Expected depressive reaction at climacterium. Psychoanal Quarterly 1988; 19: 1: 1–27.
35. Murphy G. Clinical management of hysteria. JAMA 1982; 247: 2559–64.
36. Spitzer R, Janet B, Williams D. Hysteroid dysphoria: an unsuccessful attempt to demonstrate its syndromal validity. Am J Psychiatr 1982; 139: 10: 1286–91.
37. Stern K, Prados M. Personality studies in menopausal women. Am J Psychiatr 1946; 103: 358–68.

Расстройства сна в жизни женщины

Д.И. Кузнецов

МЦ Андреевские больницы «НЕБОЛИТ»

На протяжении жизни женщины качество и количество сна может весьма значительно колебаться под влиянием разных внешних и внутренних факторов. Кроме того, зачастую расстройства сна возникают и развиваются в четкой связи с тем или иным состоянием женского организма. До настоящего времени не существует рекомендаций по лечению таких распространенных патологий, как синдром апноэ во сне, инсомния и синдром беспокойных ног во время беременности и в менопаузе. В ряде случаев клиницист может опираться на общие рекомендации и протоколы, однако часто, особенно во время беременности и лактации, требуется тщательный индивидуальный подход. Методических основ такого подхода в настоящее время в полной мере не существует. В настоящем кратком обзоре читателю предлагается ознакомиться с примерным спектром проблем, вопросов и задач, возникающих в связи с потребностью женщин в коррекции разных проблем сна.

Расстройства сна, связанные с менструальным циклом

Первое исследование связи двух процессов – цикла «сон–бодрствование» и менструального цикла (МЦ) относится к 1966 г. [1]. С той поры опубликовано отно-

сительно небольшое количество работ, основная часть которых достаточно противоречива. Причинами этого являются методологические сложности, а именно:

- 1) различная продолжительность цикла в целом и отдельных его фаз у разных женщин;
- 2) сложности точного определения момента овуляции;
- 3) многообразие состояний в периоде перименопаузы;
- 4) применение оральных контрацептивов;
- 5) различие условий жизни и поведения, связанного со сном.

Кроме того, многие подобные исследования включали небольшое число участниц.

Международная классификация расстройств сна (МКРС) [2] включает в себя отдельную рубрику, посвященную расстройствам сна, связанным с МЦ. Это предменструальная инсомния, предменструальная гиперсомния и менопаузальная инсомния. Поскольку в менопаузе менструации отсутствуют, такое размещение данного диагноза спорно. Спорными остаются и сами нозологии. В единственном исследовании психофизиологической инсомнии в связи с МЦ, по данным дневников сна и актиграфии, было установлено, что поведенческие факторы перевешивают влияние МЦ [3].