

# Диссоциативные (конверсионные) расстройства в неврологической практике

По материалам II Международной конференции «Достижения в неврологии» (3-5 апреля, г. Киев)



На приеме у невролога и в клинике внутренних болезней часто встречаются пациенты с необъяснимыми соматическими или неврологическими жалобами и поведением, указывающим на психогенную природу симптомов. Под

этой маской могут скрываться диссоциативные расстройства, которые раньше объединялись термином «истерия». Президент психоаналитической ассоциации «Группа Фрейдено поле – Украина», заместитель главного врача по медицинской части Киевской городской психоневрологической больницы № 3 Юрий Владимирович Вольных представил проблему диссоциативных (конверсионных) расстройств с точки зрения психотерапевта. Общепринятыми критериями, на основе которых выделяются диссоциативные, или конверсионные, расстройства, являются полная или частичная потеря нормальной интеграции между памятью на прошлые события, способностью осознать себя как личность, непосредственными ощущениями и способностью управлять движениями тела.

Диссоциативное расстройство обычно связано с психотравмирующим событием, неразрешимой проблемой, внутриличностным или межличностным конфликтом и может проявляться широким спектром соматизированных и неврологических симптомов, вплоть до паралича или анестезии определенных частей тела, потери зрения, слуха, речи и др. Подобные симптомы имеют психогенную природу и ранее квалифицировались как истерия. Они развиваются в тесной связи со стрессом и часто внезапно. Симптомы отражают представления пациента о том, как должно проявляться соматическое заболевание. При этом медицинский осмотр и обследование не выявляют определенных соматических или неврологических нарушений. Даже для врача-интерниста очевидно, что потеря функции является выражением эмоционального конфликта или потребностей.

Со времен Древнего Египта (первое описание встречается в Кахунском медицинском папирусе 1950 г. до н.э.) многие женские болезни считались болезнями именно матки, хотя о расстройствах поведения или эмоций еще не упоминалось. Описано «лечение женщины, которой нравится быть в постели...» с диагнозом «спазмы матки».

Диагноз «истерия» (от др.-греч. *истерэ* – матка) впервые появляется в Древней Греции, в трудах Гиппократов, с характерной для античной медицины ложной анатомической привязкой. Истерия трактуется как «бешенство матки», в которое впадает этот женский орган, не имея возможности зачатия. Исходя из этих представлений о природе истерии, возможность истерии у мужчин долгое время отрицалась. На сегодняшний день очевидно, что болеют и женщины, и мужчины.

Научные основы изучения истерии заложил в XIX веке выдающийся французский врач и ученый Жан-Мартен Шарко (1825–1893). Шарко основал новое учение о психогенной природе истерии и называл ее «великой симулянткой». Он заметил, что истерический невроз способен копировать многие органические заболевания нервной системы. В механизме развития истерического невроза лежат «бегство в болезнь», «условная приятность или желательность» болезненного симптома.

В истории учения об истерии упоминается личность Берты Паппенгейм – общественного деятеля, защитницы прав женщин и основательницы Иудейского союза

женщин. Однако она более известна как пациентка Йозефа Брейера и Зигмунда Фрейда Анна О. Рассмотренный в «Очерках об истерии» (1885) случай Анны О. послужил для Фрейда отправной точкой в разработке его теории истерии, а впоследствии и психоанализа.

Термин «диссоциация» был предложен в конце XIX века французским психологом и врачом П. Жане, который заметил, что комплекс идей может отщепляться от основной личности и существовать независимо и вне сознания, но может быть возвращен в сознание с помощью гипноза.

В современной психиатрии термин «диссоциативные расстройства» используется для обозначения таких феноменов:

- **Множественная личность** (ставится под сомнение многими клиницистами и учеными).

- **Диссоциативная амнезия** – потеря памяти, особенно на важные недавние события, которая не вызвана органическим психическим заболеванием и слишком выражена, чтобы ее можно было объяснить обычной забывчивостью или усталостью.

- **Диссоциативная fuga** – «побег от самого себя». Имеет все черты диссоциативной амнезии в сочетании с целенаправленными передвижениями, выходящими за обычный каждодневный предел (например, переезд в другой город). Хотя в период fugи имеет место амнезия, посторонним наблюдателям поведение пациента в это время может казаться абсолютно нормальным.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра эта группа расстройств кодируется в рубрике F44.

Второй вариант названия расстройства – конверсионное. Конверсия рассматривается как прыжок из бессознательного напряжения в телесные страдания с фиксацией на определенной части тела или системе органов. Этот соматический симптом является эквивалентом телесной разрядки (рвота, энурез, приступы плача, потеря голоса, покраснение кожи). Механизмы происхождения истерических симптомов с точки зрения психодинамической теории представляются следующим образом. В момент появления бессознательного возбуждения, тревоги (например, в результате психологической травмы) образовывается связь с какой-либо частью тела (реальной либо воображаемой). Травматический бессознательный комплекс блокирует осознание травматического переживания, и энергия тревоги переносится на реальную или воображаемую часть тела, которая обособливается от всех остальных образцов тела и перестает нормально функционировать. Обособленная часть тела «загружается» излишком психического напряжения, и «Я» теряет над ней контроль. Так, например, возникает истерическая слепота, при которой взгляд «загружается» избыточным возбуждением и «Я» теряет контроль над функцией зрения.

Современные проявления диссоциативных расстройств сложны и разнообразны:

- панические атаки;
- фобии смерти и сумасшествия;
- анорексия/булимия;
- соматизированная депрессия, тревога;
- расстройство в сексуальной сфере (относительная анестезия в генитальной зоне, фригидность, импотенция, которые сопровождаются чрезмерной эротизацией других частей тела, болезненный половой акт, преждевременная эякуляция).

С позиций современной психосоматической концепции депрессия также рассматривается как одно из патологических звеньев реакции на стресс. Маскированная депрессия – депрессивное расстройство, представленное разнообразными и

многочисленными соматическими симптомами с недостаточным для соответствия диагностическим критериям проявлением нарушений настроения. По данным Всемирной организации здравоохранения, депрессивные расстройства являются одной из ведущих причин нетрудоспособности взрослого населения. 45-60% суицидов совершаются лицами с депрессивными расстройствами. Женщины страдают депрессивными расстройствами примерно в 2 раза чаще мужчин. В связи с тенденцией к увеличению продолжительности жизни населения растет риск развития депрессий и их склонности к атипичному течению.

В настоящее время золотым стандартом лечения пациентов с депрессивными расстройствами является фармакотерапия антидепрессантами в сочетании с психотерапией. В качестве оптимального антидепрессанта мультимодального действия, сохраняющего дневную активность пациентов, можно рекомендовать тразодон (Триттико), в частности инновационную форму Триттико XR на основе Contramid.

Тразодон (Триттико) – модулятор серотониновой системы с мультимодальным рецепторным действием (антагонист серотониновых рецепторов и ингибитор обратного захвата серотонина). В малых дозах (50-150 мг) тразодон является чистым антагонистом рецепторов 5-HT<sub>2A</sub> и 5-HT<sub>2C</sub>, что объясняет 10% его механизма действия как антидепрессанта, а также анксиолитический и снотворный эффекты. В более высоких дозах (150-450 мг) присоединяет-

ся второй механизм – ингибирование обратного захвата серотонина, развивается полный антидепрессивный эффект препарата.

Благодаря сочетанию двух механизмов модуляции серотонинергической системы, а также антагонизма к α<sub>1</sub>-адренорецепторам тразодон эффективен при широком спектре расстройств, коморбидных депрессии, включая тревогу, нарушения сна и сексуальную дисфункцию.

Лекарственная форма на основе Contramid Триттико XR (таблетки по 300 мг) имеет плавный фармакокинетический профиль без пиков концентрации и с быстрым формированием плато. Благодаря этому снижается частота таких побочных эффектов, как дневная сонливость и гипотензия, пациент легче переносит период титрации дозы, быстрее ощущает антидепрессивный эффект, у него формируется доверие к врачу.

Таким образом, неврологам и врачам общего профиля следует проявлять заинтересованность в отношении психогенной природы соматических симптомов, характер и тяжесть которых не соответствуют данным лабораторных и инструментальных исследований. Часто у таких пациентов кратчайшим путем к решению проблемы является назначение эффективного антидепрессанта с благоприятным профилем безопасности наряду с профессиональной психотерапией.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**



## ТРИТТИКО XR 300 мг

Тразодона гидрохлорид 300мг

мультимодальный модулятор серотониновой системы<sup>1</sup>

### НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИИ<sup>2</sup>

- Мощный антидепрессивный эффект<sup>3,4,5</sup>
- Быстрый ответ на терапию<sup>2,3,4</sup>
- Высокий процент достижения ремиссии<sup>5,6</sup>
- Баланс эффективности и безопасности<sup>2</sup>
- Быстрое возвращение к полноценной жизни<sup>6</sup>

**Краткая характеристика лекарственного средства Триттико.**  
Триттико является производным триазолопиридина. Является эффективным для лечения депрессивных состояний, в том числе депрессий, сочетающихся с тревогой и нарушениями сна, и отличается быстрым началом действия. Триттико стабилизирует эмоциональное состояние, улучшает настроение, ослабляет психическую зависимость от алкоголя. В отличие от других психотропных средств, Триттико не противопоказан при глаукоме и расстройствах со стороны мочевыделительной системы, не имеет экстрапирамидных эффектов и не потенцирует адренергическую передачу. Не проявляет антихолинергической активности, поэтому не ассоциируется с влиянием на функцию сердца. Триттико является антидепрессантом с седативными способностями, что может приводить к сонливости на протяжении первых дней приема препарата. Иногда могут возникать другие побочные реакции. Для более детальной информации ознакомьтесь с инструкцией для медицинского применения.

Производитель лекарственного средства: Азиенде Кимике Ризуните Анжелини Франческо – А.К.Р.А.Ф. – С.Л.А. Виа Венкио Дел Пиноккио, 22 – 60100 Анкона (АН), Италия.

Р/У МЗ Украины для Триттико XR 300мг № 1275 UA/15577/01/02 от 24.11.2016.

Информация для врачей (и фармацевтов) для использования в профессиональной деятельности.

1. Stahl University of California, San Diego, Debbi Ann Morrisette Neuroscience Education Institute «Modulating the serotonin system in the treatment of major depressive disorder» ERATUM, Article in CNS spectrums • December 2014  
2. Sheehan DV, Croft HA, Gossen ER, et al. Extended-release Trazodone in Major Depressive Disorder: A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Study // Psychiatry (Edgmont) — 2009 — 6 — 30-33.  
3. Kasper S, Olivieri L, Di Loreto G, Dionisio P. A comparative, randomized, double-blind study of trazodone prolonged-release and paroxetine in the treatment of patients with major depressive disorder // Current Medical Research and Opinion — 2005 — 4: 21 — 2: 1139-1146.  
4. Munizza C, Olivieri L, Di Loreto G, et al. A comparative, randomized, double-blind study of trazodone prolonged-release and sertraline in the treatment of major depressive disorder // Current Medical Research and Opinion — 2006 — 4: 22 — 1: 170-173.  
5. Eva CSKZS, «Машинный опыт лечения депрессии тразодоном». ИЖК № 7 (61), 2013, P. 161-162.  
6. A. Fajolini et al. Rediscovering Trazodone for the treatment of major depressive disorder. CNS Drugs; 2012; 26: 1033-1049.

**Dileo FARMIA**  
04119, г. Киев,  
ул. Мельникова, 83-Д, оф. 404  
тел.: (044) 538-01-26,  
факс: (044) 538-01-27

**ANGELINI**