**Влияние психофармакотерапии и психотерапии на психофизиологическое состояние больных с невротическими расстройствами**

А.З.Файзуллоев, М.В.Тимонина, С.В.Лазарев, И.И.Гершанович, О.М.Манько,М.В.Ушакова, Б.И.Бенькович

В связи с высоким уровнем представленности невротических расстройств в общей структуре психической заболеваемости все большую актуальность приобретает разработка методов адекватной психофармакологической, психотерапевтической или комбинированной коррекции указанных состояний. Решение этой важнейшей проблемы должно основываться на эффективном использовании как психофармакологических препаратов (Вальдман А.В., 1987, Бенькович Б.И., 1990, 1995, Александровский Ю.А., 1993 и др.), так и различных приемов психотерапевтического воздействия (Лебединский М.С., 1969, Бурно М.Е., 1979, Лобзин В.С., 1986 и др.).

Следует отметить, что наиболее оптимальные подходы к решению рассматриваемой проблемы в значительной степени связаны с адекватностью механизмов действия используемых терапевтических приемов патофизиологическим механизмам, лежащим в основе выявляемых у больного клинических проявлений стресс-реакции. Все это безусловно свидетельствует о том, что чрезвычайно важной представляется в настоящее время рациональная оптимизация психо-фармакотерапии и психотерапии невротических расстройств, связанная прежде всего с дифференцированным изучением особенностей влияния этих терапевтических воздействий на интегративные параметры функционального состояния ЦНС и разработкой адекватных и прогностически эффективных критериев их патогенетически обоснованного применения у больных с невротическими расстройствами.

Между тем, в большинстве работ по клинической фармакологии и психотерапии главное внимание уделяется лишь оценке общей терапевтической эффективности применяемых лечебных мероприятий и не проводится сравнительной комплексной динамической оценки их влияния на интегративные параметры психофизиологического состояния, адекватно отражающие функциональный уровень ЦНС у больных с неврозами.

Изучение характера и глубины психофизиологического действия психофарма- котерапии, психотерапии и их комбинаций достаточно информативно, т.к. позволяет путем сопоставления степени выраженности психофизиологического и психотропного действия более оптимально решать вопросы, связанные с индивидуальным прогнозом терапии больных. К сожалению, проблема сравнительного изучения, основанная на системном подходе, до настоящего времени разработана крайне недостаточно.

Как известно, значительное место в структуре невротических расстройств занимают нарушения внимания, памяти, микрокоординации движений, сенсомоторной координации и пр., проявляющиеся снижением психической и физической работоспособности и связанные, как правило, с транзиторными нарушениями механизмов интегративной деятельности ЦНС. Транквилизаторы - производные бенздиазепинового ряда, нейрометаболические стимуляторы, а также психотерапевтические воздействия, основанные на волевой релаксации с последующим целенаправленным самовнушением, способны оказывать однонаправленное мягкое воздействие на одни и те же механизмы неспецифической деятельности мозга, включающие сложнейшую констелляцию неспецифических структур ЦНС. Целью настоящего исследования явился сравнительный комплексный динамический многоуровневый анализ психофизиологических эффектов монопсихофармакотерапии (нейрометаболический стимулятор нооклер (разовая доза - 10 мг, суточная - 20 мг), бенздиазепиновый транквилизатор - альзолам (разовая доза - 25, суточная - 50-70) и специальной психотерапии (комплексная модификация аутогенной тренировки - АТ по Shults) для оптимизации дифференцированной терапевтической тактики при их назначении больным с невротическими расстройствами.

В разработанной комплексной модификации АТ использовались классические методики Shults и методика психофизиологической и личностной саморегуляции В.С.Лобзина и М.М.Решетникова (1986). Важное место в применяемой модификации АТ занимают приемы направленной органотренировки H.Kleinsorge, T.Klumbies (1965) и модификация D.Muller-Hegemann. Комплекс применяемых методических приемов выстроен в последовательную и функционально сопряженную систему групповой психотерапии.

Исследование проводилось с использованием компьютеризированных диагностических систем для оценки функционального состояния ЦНС - "VTS", "ПФК-01", "КТД-8", позволяющих получить системное представление о функциональном состоянии ЦНС на момент обследования (характеристики сенсомоторного реагирования: простые (ЛП ПЗМР) и дифференцированные (ЛП ДЗМР) сенсомоторные реакции, показатели микрокоординации (статическая - ТС и динамическая - ДС тремометрия), показатели концентрации, распределения, переключения внимания и кратковременной памяти (тест "па- мять на числа" - ПНЧ, тест "арифметические действия" - A+B, корректурный тест Ландольта - КП и др.) Полученные данные обрабатывались с помощью статистического пакета CSS. Все исследования проводились по специально разработанной (Бенькович Б.И., 1987) 7 этапной последовательной системе (фоновые исследования, через 1-3-5 часов после однократного психофармакологического или психотерапевтического воздействия, на 2-7-14 дни курсовой терапии).

Были обследованы 45 больных с невротическими расстройствами в возрасте от 20 до 45 лет, находившиеся на лечении в Отделе пограничной психиатрии ГНЦСиСП им. Сербского, а также 62 оператора энергоподстанций Мосэнерго.

Анализ полученного материала свидетельствует о том, что спустя 1 час после приема разовой дозы нейрометаболического стимуля тора (нооклера) у 68,34% обследуемых отмечалась достоверная опти- мизация только параметров сенсомоторного реагирования (ЛП ПЗМР - в среднем на 10,18%, ЛП ДЗМР - на 15,11%, p<0,05). Однако спустя 3 часа после приема однократной дозы этого же препарата у 72,18% обследуемых выявлялось не только более выраженное сокращение показателей скрытого времени сенсомоторного реагирования (в сред- нем на 40,09%, p<0,01 и на 42,73%, p<0,02 соответственно), но и оптимизация параметров микрокоординации (ТС в среднем на 20,22%, p<0,05, ТД - на 26,35%, p<0,01 и 45,91%, p<0,01 соответственно), внимания (КП в среднем на 75,80% и 66,10%, p<0,01 соответст- венно) и кратковременной памяти (A+B в среднем на 55%, p<0,01 и на 42,91%, p<0,02 соответственно; ПНЧ в среднем на 75,91% и на 51,43%, p<0,01 соответственно).

Следующий этап исследования (спустя 5 часов после приема разовой дозы) характеризовался продолжающейся оптимизацией параметров сенсомоторного реагирова- ния, внимания и краткосрочной памяти. На 3 день курсовой терапии в психофизиологическом состоянии 68,43% обследуемых определялись позитивные сдвиги, затрагивающие параметры сенсомоторного реагирования (ЛП ПЗМР в среднем на 45,5%, p<0,01, ЛП ДЗМР на 42,83%, p<0,001 соответственно), внимания и краткосрочной памяти. Наиболее выраженным оказывалось позитивное действие нооклера на параметры психофизиологического реагирования к 7 дню терапии. 14 день курсовой монотерапии нооклером характеризовался устойчивой стабилизацией позитивных тенденций во влиянии исследуемого нейрометаболического стимулятора на основные параметры психофизиологического состояния.

Следует отметить, что у операторов энергоподстанций наиболее отчетливо на фоне приема нооклера оптимизировались профессионально значимые для них характеристики сенсомоторного реагирования и оперативной памяти. Таким образом, анализ влияния нооклера на психофизиологическое состояние обследуемых неоспоримо свидетельствует о его однонаправленном мягком стимулирующем действии на функциональное состояние ЦНС, преломляющемся через глубинные трансколозальные структуры мозга и никогда не сопровождающимся даже эпизодически возникающими эффектами гиперстимуляции. Последнее обстоятельство подчеркивает необходимость целенаправленного изучения возможностей использования этого препарата в коррекции нарушенных операторских функций и разработки соответствующих методических рекомендаций.

Качественным своеобразием отличалось психофизиологическое действие бенздиазепинового транквилизатора нового поколения альзолама. Спустя 1 час после приема однократной разовой дозы этого препарата у 53,34% обследуемых отмечалось достоверное сни- жение параметров сенсомоторного реагирования (ЛП ПЗМР в среднем на 35,63%, p<0,02; ЛП ДЗМР - на 39,83%, p<0,03 соответственно) и микрокоординации (ТС в среднем на 24,39%, p<0,02, ТД на 29,11%, p<0,05). На 2 этапе исследования (через 3 часа после приема однократной разовой дозы) сохранялась качественная однонаправленность позитивной динамики показателей сенсомоторной активности и микрокоординации, но вместе с тем в этот период в процесс свое- образных изменений по типу качественной диссоциации вовлекались и психофизиологические характеристики, отражающие параметры объема, продуктивности внимания и кратковременной памяти.

На начальных этапах курсовой монотерапии альзоламом (3 день) умеренные позитивные сдвиги вновь охватывали интегративные психофизиологические параметры сенсомоторного реагирования и микрокоординации. В то же время более отчетливым оказалось на этом этапе позитивное влияние анксиолитика на характеристики концентрации, распределения, переключения внимания и объем краткосрочной памяти.

На протяжении 7-14 дней курсовой монотерапии альзоламом у 82,21% обследуемых отмечалась дальнейшая стабилизация наметившихся на на- чальных этапах курсовой терапии позитивных сдвигов, охватывающих параметры микрокоординации, внимания и краткосрочной памяти. Полученные данные неоспоримо свидетельствуют о нецелесообразности использования альзолама в целях коррекции невротических расстройств у лиц операторских профессий, т.к. во-первых, он оказывает негативное влияние на профессионально значимые для этой категории работников параметры сенсомоторного реагирования, а во-вторых, способствует возникновению феномена диссоциации качественных и количественных показателей объема и продуктивности внимания и краткосрочной памяти, что также несовместимо с профессиограммой оператора.

Несколько иная картина психофизиологического реагирования наблюдалась после сеансов психотерапии (АТ по Shultz). Спустя 1 час после первого сеанса у 87,40% обследуемых отмечалось повышение функционального уровня систем сенсомоторного реагирования (сокращение величин ЛП ПЗМР в среднем на 33,56%, p<0,05 и ЛП ДЗМР - на 28,29%, p<0,05), причем все обследуемые подразделялись на 2 группы, одна из которых (35%) реагировала на 1 сеанс АТ спустя 1 час, а другая (52%) - через 3 часа, что, вероятно, связано с их типологическими особенностями. В этот же период исследования у 66% больных определялась достоверная тенденция к гиперпродукции тремора (ТС - в среднем на 18,59%, p<0,04; ТД - на 25,91%, p<0,05 соответственно). Следующий этап (спустя 3 часа после сеанса АТ) характеризовался продолжающейся оптимизацией параметров сенсомо- торного реагирования у 52% обследуемых и проявлением начальной недостоверной тенденции к оптимизации параметров продуктивности внимания. Спустя 5 часов после однократного сеанса АТ у 65% обс- ледуемых отмечался некоторый функциональный "спад", проявлявшийся ухудшением психофизиологических характеристик времени реакции, внимания и краткосрочной памяти.

Полученные данные свидетельствуют о весьма нестойком стимулирующем влиянии однократного сеанса АТ на ЦНС, быстро сменяющимся феноменом "функционального истощения". Однако уже на 3 день курсовой психотерапии у 78% обследуемых определялась оптимизация психофизиологических параметров сенсомоторного реагирования (ЛП ПЗМР в среднем на 25,81%, p<0,03; ЛП ДЗМР на 29,48%, p<0,05 соответственно), микрокоординации (ТС в среднем на 37,41%,p<0,02; ТД на 35,95%, p<0,01) и продуктивности внимания (КП в среднем на 12,78%, p<0,05 и на 13,11%, p<0,05). Эта положительная тенденция находила свое подтверждение в динамике анализируемых психофизиологических показателей и на 7 день курсовой психотерапии, когда наряду с продолжающейся стабилизацией параметров сенсомоторной активности и микрокоординации у 81% обследуемых проявлялись устойчивые признаки оптимизации объема и продуктивности внимания (КП в среднем на 35,86%, p<0,01 и на 23,59%,p<0,03 соответственно). 14-й день курсовой психотерапии характеризовался наличием устойчивой тенденции к дальнейшей стабилизации функционального состояния ЦНС обследуемых, причем наиболее значительно оптимизировались параметры внимания и впервые появлялись признаки оптимизации параметров краткосрочной памяти у 78% обследуемых.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о "мягком" позитивном, но несколько отставленном во времени влиянии АТ на психофизиологическое состояние обследуемых. Следует отметить наличие устойчивых корреляционных связей (r=+0,58-0,66) между положительной динамикой интегративных характеристик психофизиологического состояния и редукцией "стержневой" невротической симптоматики на фоне всех анализируемых видов терапевтических воздействий, причем на фоне курсовой психотерапии в систему достоверных корреляционных связей вовлеченным оказывался только вектор вегетативной активности, что неоспоримо свидетельствует о существенном значении характеристик пластичности ВНС в реализации механизмов психотерапевтического воздействия.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что нейрометаболический стимулятор нооклер характеризуется проявлением умеренных стимулирующих влияний на психофизиологические параметры сенсомоторного реагирования, особенно их сложные формы, а также продуктивность внимания и краткосрочной памяти. Наблюдаемая на фоне его приема умеренная гиперпродукция тремора подтверждает ранее полученные данные о его симпатикотропном действии. Бенздиазепиновый транквилизатор альзолам напротив, слегка снижая функциональный уровень параметров сенсомоторной активности, проявляет позитивное воздействие на функциональную систему микрокоординации и не угнетает, в отличие от других бенздиазепинов, параметры внимания и памяти, оказывая на них легкие селективные стимулирующие влияния.

Психотерапия (АТ по Shultz) оказывает позитивное, но несколько отставленное во времени, воздействие на параметры микрокоординации, внимания и памяти преимущественно за счет усиления процессов консолидации. Эффект положительного терапевтического воздействия исследуемых психофармакологических препаратов и психотерапии определяется, вероятно, за счет изменения физиологической организации системы ретикулокорковых взаимоотношений. В частности, в пользу общности механизмов действия исследуемых терапевтических мероприятий свидетельствует и вызываемый ими однотипный диффузный характер электрической ак- тивности мозга, подтверждающий его зависимость от тоногенных влияний ретикулярной формации. Проявляющиеся на фоне действия бенздиазепиновых транквилизаторов, нейрометаболических стимуляторов и психотерапии в разной степени выраженные эффекты релаксации и седации, вероятно, существенно уменьшают поток интероцептивных импульсов, вследствие чего снижается реактивность гипоталамических структур, а следовательно и показатель эмоциональной лабильности. Именно этим обстоятельством и обусловлена целесообразность сравнительного изучения психофизиологических эффектов бенздиазепиновых транквилизаторов, нейрометаболических стимуляторов и психотерапии, характеризующихся не только общностью механизмов действия, но и вызывающих у больных в разной степени выраженные, но сходные по характеру седативно-стимулирующие и релаксирующие эффекты.

Полученные данные свидетельствуют о целесообразности комплексного подхода к многозвеньевому использованию исследуемых терапевтических воздействий в клинике неврозов (транквилизатор - нейрометаболический стимулятор - нейрометаболический стимулятор - психотерапия). Одним из главных преимуществ такого подхода является возможность эффективного воздействия как на информационный процесс, так и на его нейродинамическую основу. Связано это с тем, что психофармакологическое воздействие направлено на нормализацию церебрального субстрата, а психотерапия - на ограничение стимулов, исходящих как из внутреннего мира индивидуума, так и из его окружения.

Комбинированное применение психофармакотерапии и психотерапии должно расширить границы их терапевтической активности, т.к. в комплексе они должны более эффективно воздействовать на структуры мозга, регулирующие эмоциональную и вегетативную реактивность. Достоверная оценка результативности применения психотерапии и психофармакотерапии у больных неврозами может быть дана лишь на основе системного изучения динамики интегративных психофизиологических параметров, адекватно отражающих функциональное состояние ЦНС.

**Список литературы**

Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройст- ва.-М., 1993. - 398с.

Александровский Ю.А., Бенькович Б.И. Клинико-фармаколо- гический анализ нейротропного действия транквилизаторов.// Фармакология и токсикология. - 1989. - N 1. - С. 104-110.

Бенькович Б.И. Нейротропное действие психофармакологи- ческих препаратов у больных с невротическими расстройствами: Автореф. дисс... докт. мед. наук. - М., 1990 -39 с.

Бенькович Б.И., Бочкарев В.К., Файзуллоев А.З. Психофи- зиологические и электроэнцефалографические критерии диагнос- тики невротических расстройств. - М. 1995 - 28 с.

Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. - М., 1974. - 147 с.

Лебединский М.С. Очерки психотерапии. - М., - 1968. - 287 с.

Лобзин В.С. Теория и практика аутогенной тренировки. - М. 1986. - 186 с