

щих семейные взаимоотношения пациентов показывают, что для большинства одиноких психически больных людей характерен дефицит социальных отношений и неудовлетворенность ими, низкий уровень материально-бытовых условий и качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Евсегнеев, Р. А.* Психиатрия: что изменилось за последние три десятилетия / Р.А. Евсегнеев // *Здравоохранение.* — 2018. — № 12 (861). — С. 21–28.
2. *Александровский, Ю. А.* Психиатрия: национальное руководство / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 976 с.
3. *Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособие для врачей и психологов / Г. В. Бурковский [и др.].* — СПб.: СПб-ий НИИ им. В. М. Бехтерева, 1998. — 12 с.

УДК 616.895.4

НЕБРЕДОВАЯ (ПОСТАДДИКТИВНАЯ) ИПОХОНДРИЯ

Очереднюк А. Г., Мисевич К. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. В. Толканец

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Со времен Гиппократы ипохондрия считалась тяжелым недугом. В современных реалиях установлен бредовый характер (бредовая ипохондрия), депрессивный (сенесто-ипохондрический вариант), обсессивный варианты. В МКБ-10 собственно ипохондрическое расстройство рассматривается в кругу невротических расстройств (F45.2: Ипохондрическое расстройство).

Особенностью рассмотренных случаев (7 пациентов) было развитие стойкой ипохондрии как модуса поведения у прежде стеничных лиц, выносливых и предприимчивых натур. Все пациенты отличались энергичностью, неумной активностью, включая выходные и отпускные дни. Больше половины занимались физическим оздоровлением. Преморбид пациентов характеризовался аффективной неустойчивостью, преимущественно с эпилептоидной акцентуацией и рудиментами диссоциального психотипа (в полной мере у одного пациента). Консультативный формат осмотра не исключает развернутых проявлений диссоциального расстройства личности (по А. Б. Смулевич, Б. А. Волель, Д. В. Романов, 2008).

У большинства пациентов были соматические субклинические проявления сосудистой патологии. Заболеванию предшествовали алкоголизация, производственное перенапряжение, психотравматизация (в одном случае). Заболевание манифестировало острой фобией с массивной симпат-адреналовой симптоматикой. Паникоподобные состояния, в отличие от канонических панических, были продолжительными, с гетерономными включениями (сенестоалгии, коэнестезиопатии), сопровождалась страхом смерти, переосмыслением смысло-жизненных установок, аномией, тектонической перестройкой мировоззрения (с коннотатом экзистенциального криза). После первичных тревожно-ипохондрических расстройств, формировались дистимия, ипохондрические развитие. Экзистенциальные кризы обычно определяют дебют небредовой ипохондрии с радикальными изменениями прежде активного образа жизни и всего уклада с ограничением активности, погруженностью в болезнь [1]. Прежние стеничные, гедонистические установки сменялись ипохондрическим сдвигом, культ силы, драйва, движений — уходом в болезнь, удовольствие от движений трансформировалась в медицинскую аддикцию («амбулаторные скитания, медицинская одиссея»).

Показательным служит наблюдение пациента 47 лет, который продолжительно занимался организованным бизнесом (на двух работах), и до 30 лет занимался профессиональным боксом, вел здоровый образ жизни, не имел вредных привычек. Состояние ухудшилось после разрыва отношений с объектом привязанности, что лично перенес как «катастрофу». После непродолжительной невротической реакции (расстройство адаптации с картиной матовой депрессии), случился экзистенциальный криз с последующим формированием ипохондрии с явлениями медицинской аддикции (неоднократные посещения специалистов, повторные обследования, фиксация на патологических ощущениях). Проживает на свои сбережения и средства матери. В динамике — картина соматизированной дистимии.

Цель

Изучить развитие небредовой ипохондрии на примерах пациентов с соматотонией в анамнезе.

Материал и методы исследования

Семь пациентов с небредовой ипохондрией отделений пограничных состояний.

Анамнестический, психопатологический, клинико-динамический с анализом медицинской документации.

Результаты исследования и их обсуждение

В рассмотренных клинических примерах представлены пациенты мужского пола в возрасте 40–63 лет. Манифестация ипохондрического расстройства приходится на возраст 30–40 лет. К облигатным составляющим структуры расстройства личности относятся расстройства влечений с отчетливыми признаками аддиктивного поведения. При этом стадии формирования зависимостей (1 — поведенческая, 2 — преимущественно химическая) соотносятся с возрастными периодами становления расстройства личности [2]. В детстве (1 стадия) аддиктивное поведение реализуется на базе конституционально обусловленной соматопсихической акцентуацией по типу соматотонии. Пациенты обнаруживают потребность в регулярных занятиях спортом (различные виды борьбы, активные командные игры). К расстройствам влечений относятся также жажда и поиск острых ощущений. Клиническим содержанием являются расстройства сферы влечений, которые на этом этапе социально приемлемы, не обременяют, субъективно положительно окрашены. В юношеском возрасте (2 стадия) происходит расширение аддиктивного поведения путем присоединения к поведенческим химическим аддикциям. Наряду с социально приемлемыми аддикциями (например, трудоголизм), на первый план выступают социально неодобряемые формы: игромания, зависимость от ПАВ (алкоголизм, преимущественно «легкие» наркотики). В рассмотренных случаях поведение характеризовалось приверженностью к движениям, физическим нагрузкам, спорту. В отсутствие адекватной купирующей терапии первого этапа (в форме острого транзиторного ипохондрического приступа), следовало затяжное течение с относительной резистентностью к рутинной терапии. Все пациенты осмотрены на отставленном этапе ипохондрического развития.

С учетом конституциональных особенностей (соматотония в детстве), чертами физической — спортивной аддикции, формированием психотипа с аффективной неустойчивостью, с одной стороны, и с другой — трансформацией поведения с полярной инверсией аддикции, можно заключить, генез расстройств во многом определяется конституциональной аномалией с акцентуацией психотипа.

Выводы

Постадикивная ипохондрия возникает вслед за экзистенциальным кризом и определяется как первичное психопатологическое расстройство, образованное двумя облигатными составляющими: базисными коэнестезиопатическими симптомокомплексами и проявлениями личностной психопатологии, и реализуется на почве врожденной патологии влечений [1]. Клиническая картина постадикивной ипохондрии наряду с ука-

занными признаками определяется овладевающими представлениями об ущербе, нанесенной недугом соматическому благополучию.

Чувство «потери доверия к телу» и охваченность мыслями о неспособности преодолеть мучительную болезнь контрастирует с прежней убежденностью в собственной физической неуязвимости и отсутствием страха смерти. Тенденция к самоощажению противостоит прежней склонности к риску. Доминирующим становится тревожный контроль возможного ухудшения состояния с устранением факторов, способных в субъективном восприятии привести к прогрессированию болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Толканец, С. В. Постадикивная ипохондрия. Клинические иллюстрации / С. В. Толканец // Проблемы здоровья и экологии. — 2017. — № 86. — 90 с.
2. Смулевич, А. Б. Постадикивная ипохондрия как проявление динамики диссоциального расстройства личности / А. Б. Смулевич, Б. А. Волель, Д. В. Романов // Психические расстройства в общей медицине. — 2008. — № 4. — 11 с.

УДК 616.8-008.64:378:61-057.875

СКРИНИНГ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Порошкова В. И., Бакулина К. В.

Научный руководитель: д.м.н., доцент *И. М. Сквиря*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Распространенность психических и поведенческих расстройств в мире стремительно растет, прежде всего, в связи с действием психосоциальных (социально-стрессовых или ноогенных) факторов [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 5 из 10 основных причин нетрудоспособности в большинстве стран мира имеют отношение к психическим и поведенческим расстройствам [2].

В современных условиях получение образования молодежью в высших учебных заведениях можно отнести к специфическому виду деятельности, связанному с высоким уровнем психических и физических нагрузок, что ведет к возникновению пограничных психических, в частности тревожно-депрессивных, расстройств (ТДР) [3, 4]. Особый интерес для исследования представляет изучение распространенности ТДР среди студентов-медиков, так как в процессе обучения к ним предъявляются наиболее высокие требования в сравнении со студентами других вузов. Также следует отметить, что данная популяция студенческой молодежи наименее изучена [5].

Цель

Проанализировать распространенность тревожно-депрессивной симптоматики среди студентов медицинского университета.

Материал и методы исследования

Выборку составили 60 студентов учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» (УО «ГомГМУ»), из них 18 (30 %) парней и 42 (70 %) девушек, различных национальностей и возрастных групп. В ходе проведения исследования основная группа из 60 студентов УО «ГомГМУ» была разделена на три подгруппы сравнения по 20 (33,3 %) человек: I подгруппу составили студенты лечебного факультета из РБ и РФ; вторую и третью подгруппы сравнения составили студенты фа-