

УДК 616.892+616.891.2

Титиевский С.В.¹, Воеводина В.С.², Гостюк И.М.², Федоровская И.В.²

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ОРГАНИЧЕСКОГО ДИССОЦИАТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

²Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк, ДНР

Органическое диссоциативное расстройство, согласно МКБ-10 [1, с. 65, 150], характеризуется частичной или полной потерей нормальной интеграции между воспоминаниями о прошлом, осознанием самоидентичности и непосредственных ощущений, а также контролем над движениями тела, но возникает как следствие органического нарушения. Также указывается [2], что диссоциативные симптомы и расстройства (включая амнезию, фугу, деперсонализацию, множественную личность, автоматизмы и определенные виды гнева) могут быть вызваны различными лекарственными препаратами, веществами, вызывающими злоупотребление, а также заболеваниями или состояниями, влияющими на церебральную функцию, но, при этом, органическую диссоциацию следует отличать от интоксикации, амнестического расстройства и делирия. Приведенные определения лишь очерчивают сущность огромного многообразия диссоциативных (конверсионных) проявлений, трудноотличимых от органической патологии и «спаянных» с ней. В то же время, удаётся найти лишь немного работ, посвященных органическому диссоциативному расстройству, что затрудняет его идентификацию, и без того представляющую собой достаточно сложный процесс, сопряженный с необходимостью дифференциации и интеграции информации о разнообразной симптоматике, как явно психопатологической, так и, возможно, отражающей наличие истинных сомато-неврологических изменений. Как следствие, к числу органических диссоциативных относятся крайне полиморфные комплексы клинических проявлений.

Цель работы: оптимизация диагностики органического диссоциативного расстройства путем его клинической дифференциации.

Органическое диссоциативное расстройство описано у больных Уральского региона в возрасте 50-65 лет [3], облученных и проживающих на радиоактивно загрязненных территориях, а также пострадавших в результате токсического действия тяжелых металлов и опасных химических веществ. При радиоактивном облучении органическое диссоциативное расстройство сочеталось с психогениями в результате радиационных инцидентов и возникало, в основном, у женщин. Диссоциативные расстройства являлись «психогенными» по происхождению, были тесно связаны по времени с травматическими событиями, сочетались с соматическими заболеваниями (тиреотоксикоз, нейроревматизм и другие коллагенозы, тяжелые черепно-мозговые травмы), нарушенными взаимоотношениями в семейном и социальном окружении. В клинической картине преобладали утрата контроля сознания над моторикой, сенсорикой и памятью, периодически встречались амнестические нарушения, сочетавшиеся с судорогами, анестезией. В данном случае, речь идет, вероятно, лишь о сочетании (коморбидности) диссоциативной и сомато-неврологической патологии.

D. Ram и соавт. (2015) [4] сообщают о связанном с гипергликемией органическом диссоциативном расстройстве в виде диссоциативной фуги у 73-летнего жителя Индии, страдающего сахарным диабетом II типа. Данный больной неоднократно без какой-либо очевидной причины совершал поездки, во время которых нормально взаимодействовал с окружающими, не раскрывал свою личность и полностью себя обслуживал. За исключением того, что он не узнавал знакомых людей и сам вел себя как незнакомец, никаких отклонений в поведении пациент во время своих странствий не обнаруживал. Каждый

подобный эпизод длился много часов, после чего больной понимал, что уехал далеко от дома. Он не помнил причину и детали поездки, хотя рассказывал все подробности, предшествовавшие эпизоду. При обследовании существенных изменений в сомато-неврологическом состоянии выявлено не было. Удалось установить, что все эпизоды возникали после того, как пациент, съев на завтрак рисовую досу (богатую углеводами пищу), пропускал приём антидиабетического препарата, с повышением уровня сахара в крови до 300-375 мг/дл. У описанного больного отсутствует психогения, сумеречное расстройство сознания, расцененное как диссоциативное, являлось следствием гипергликемии (по сути, – интоксикации).

Наблюдавшиеся нами случаи органического диссоциативного расстройства, приводятся ниже.

Больная Л., 36 л., жительница г. Донецка, поступила в психоневрологическое отделение впервые в жизни с жалобами на рассеянность, потерю памяти, трудности в общении с ребенком, раздражительность, сниженное настроение. Впервые проблемы, связанные с психическим здоровьем, возникли 3 года назад после того, как начались активные боевые действия, и пациентка с мужем и трехмесячной дочерью уехали в Россию, где в течение года жили в одном городе, затем – в другом. Муж Л. постоянно напряженно работал, а она, находясь с ребенком дома, очень уставала, с трудом справляясь с бытовыми вопросами, стала забывать, что надо сделать по дому. По требованию мужа пациентка записывала план домашней работы, однако забывала в него заглянуть. Супруга это очень раздражало, он активно высказывал претензии в адрес жены, в том числе, – в присутствии дочери, росшей капризной, требовательной. Больная стала замкнутой, малообщительной, снизилось настроение, плохая память превратилась в ведущую жалобу. Л. отправили к родителям в г. Донецк для обследования, и психотерапевтом она была направлена в психоневрологическое отделение. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена, больная росла и развивалась нормально, окончила юридический вуз, до родов 10 лет работала в суде. Сомато-неврологически: без особенностей. Формально контакту доступна. Не ориентируется во времени, ориентирована в собственной личности, грубо – в месте (знает

только, что находится в больнице). Взгляд тревожен, испуган. Предъявляемые предметы то называет правильно, то не может назвать. На все вопросы отвечает, что нет памяти, «обманывать не хочу». Когда спросили, обедала ли она, ответила: «Не помню», но, подумав, добавила: «Обед – это, когда первое есть и второе. Тогда, наверное, кушала». Не может правильно изобразить часы с заданным временем, определить время по часам. В то же время, легко справляется с предложенными ей расчетами (например, сколько стоят 300 граммов колбасы). Не помнит, какое у неё образование, где раньше жила, работала. При этом, своё состояние связывает со стрессовыми ситуациями в течение последних 3 лет: «Все стрессы, которые на меня навалились, привели к тому, что нет памяти». Часто мимоговорение. Настроение снижено. Пессимистична. При разговоре об отношениях с мужем появляются слезы, хотя и пытается оправдать его грубость тем, что «он много работает, кормит семью». Интеллект не соответствует полученному образованию. Охотно рассказывая о себе, стремится произвести хорошее впечатление. Утверждает, что не понимает, что с ней происходит. Вспоминая дочь, говорит детским голосом и оживляется. Критика к своему состоянию формальна. Настроена на лечение. По данным психиатра поликлиники, Л. в день поступления была контактной, адекватной, полностью ориентированной, амнестические проявления отсутствовали. Личность смешанного типа с выраженностью тревожно-мнительных особенностей, индивидуальностью, своеобразием. Высокий уровень тревоги, связанной с субъективно-значимой ситуацией в сфере близких межличностных отношений. Данное состояние обусловлено психологической травмой и стрессом длительного характера, приведшими к неспособности вспомнить/запомнить текущие события. Средний уровень интеллекта (общий IQ по методике Векслера равен 90 баллам). Запас знаний не соответствует возрасту и полученному образованию. Искажение понимания социальных ситуаций (субтест «Последовательные картинки»), контекста социального поведения через призму субъективного восприятия. Субъективные суждения о причинах социального поведения на основании поверхностных, малозначимых признаков (элементы одежды, внешнего вида, движений). Мышление в замедленном темпе, ригидное, вязкое,

обстоятельное. Уровень обобщения несколько снижен. Актуализирует чаще конкретно-ситуационные, конкретные связи между предметами и явлениями, хотя доступны сложные категориальные обобщения. Наглядно-действенное мышление более эффективно, чем абстрактно-логическое: более высокая эффективность выполнения субтеста «Кубики Кооса» (наглядно-действенное мышление), чем «Складывание фигур» (абстрактно-логическое мышление). Фиксация на полоролевых отношениях в заданиях, где есть изображения мужчины и женщины, атрибутов пола. Забывает задания. Не помня, что сделала задание, возвращается к нему. Часто просит повторить задание, т.к. вязнет в деталях и теряет цель. Актуализация ответов отказного псевдоамнестического типа («не помню», «забыла», «не знаю», «не понимаю»), либо высказывания: «Может, я не права, подскажите, какой правильный ответ. Как бы вы ответили?» Постоянно просит помощи и подсказки. Затрудняется назвать предметы и явления, хотя знает их значение или употребление. Обозначает предметы схожими по созвучию словами «лодка»-«ложка», «весы»-«часы». Объем памяти низок – кривая запоминания 10 слов в виде «низкого плато»: называет после каждого повторения 3 слова, актуализируя, лишние слова и фиксируясь на них. Внимание неустойчиво, быстро истощаемо, нарушена переключаемость. Низкий уровень реактивной тревожности и умеренно выраженный – личностной тревожности. Состояние без депрессии. Методика Люшера: умеренно выраженный эмоциональный стресс; богатое воображение, яркость чувств, потребность в необычных приключениях, интересных знакомствах, волнующих событиях; повышенная чувствительность к внешним раздражителям; эмоциональная неудовлетворенность в связи с ситуацией, ущемляющей самолюбие. В профиле СМЛЛ: не имеющие синдромальной специфичности патологические изменения в виде подъема выше границ нормативного разброса. Недопонимание смысла утверждений привело к недостоверности результатов тестирования. Проблемы полоролевой и сексуальной адаптации. Сексуальная неудовлетворенность. Низкая стрессоустойчивость. Трудности полоролевой адаптации. Уход в мир иллюзий, мечтаний, фантазий. МРТ головного мозга за 3 месяца до госпитализации: невыраженное расширение наружных ликвор-

ных пространств; немногочисленные очаги МР-сигнала необходимо дифференцировать между очагами васкулопатии, перенесенной нейроинфекции (по типу клещевого энцефалита и клещевого боррелиоза) и начальными сосудистыми очагами; аденопатия гипофиза. Клинические анализы мочи и крови – без патологии. Специфичные антитела класса IgM к антигенам *Borrelia* не обнаружены. ЭЭГ: грубая патологическая активность, исходящая из подкорковых образований левого полушария, на фоне выраженных общемозговых нарушений, со снижением порога судорожной готовности. Функциональная спондилография: начальные признаки остеохондроза сочленений шейных сегментов. Ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов шеи: левая позвоночная артерия малого диаметра; деформации обеих позвоночных артерий, вероятно, обусловленные патологией шейного отдела позвоночника; асимметрия кровотока по позвоночным артериям. Транскраниальное дуплексное сканирование сосудов основания мозга: сужение цветовых картограмм потоков мозговых артерий, выраженное диффузное снижение скоростных характеристик кровотока по всем артериям основания мозга, асимметрия кровотока по позвоночным артериям, увеличение кровотока в прямом синусе до 45 см/с, умеренные нарушения венозного оттока. При первичной консультации невропатолога патология нервной системы не выявлена, при повторном осмотре (после получения информации о данных МРТ) констатировано наличие аденопатии гипофиза и очагового поражения головного мозга неясного генеза (по данным МРТ). Консультация терапевта: нейроциркуляторная дистония по кардиальному типу. Диагностировано органическое диссоциативное расстройство (F06.5). Назначались amitriptylin по 25 мг/сут., lamictal до 150 мг/сут., tруксал 25 мг/сут., grandaksin 150 мг/сут., гИдазепам 60 мг/сут., сеансы аромо-, музыка-, спелеотерапии с использованием техник ауто- и гетеросуггестии. Из-за низкой гипнабельности гипносуггестия не проводилась. Первое время фон настроения оставался сниженным, Л. была внешне напряжена, исполнительна, даже послушна. Понимала, что находится в больнице, но запомнить привычные маршруты, найти свою палату не могла, хотя достаточно часто самостоятельно приходила на сестринский пост, правильно называ-

вала номер своей палаты, возвращалась обратно. Заблокировав свой телефон, не могла вспомнить, как его разблокировать, хотя постоянно общалась по телефону, периодически забывая, что нажать, принимая вызов. Проходя в течение недели тестирование у психолога, постоянно просила перенести обследование на другой день, т.к. долго вчитывалась в вопросы. В то же время, много времени проводила в палате за чтением. При расспросе о прочитанном не могла передать его смысл, сказать, читала прозу или стихи. В столовую ходила в сопровождении соседки по палате, хотя могла самостоятельно передвигаться по отделению. После назначения ламиктала в дозе 100 мг/сут. отмечалось некоторое улучшение, Л. стала более активной, выучила некоторые маршруты в отделении, гуляла самостоятельно вокруг корпуса больницы. Однако, по-прежнему забывала имя, отчество лечащего врача, заведующего отделением. Находясь на выходных дома 2 дня, сказала, что отсутствовала 10 дней. Выписана без значительного улучшения. Жаловалась районному психиатру на рассеянность, снижение памяти, раздражительность, затруднения в общении. Однако, находясь под опекой матери, проявляла достаточную самостоятельность, обслуживала себя, ухаживала за ребёнком. Через 14 месяцев после выписки произведена МРТ: по сравнению с предыдущей МРТ динамика не выявлена; в белом веществе лобных областей – немногочисленные очаги 0,2-0,3 см; в теменных перивентрикулярных отделах – умеренно выраженные зоны с аналогичным МР-сигналом, до 2 мм; тела боковых желудочков расширены до 1,4 см, передние рога – до 0,8 см; умеренная угловая извитость внутренних сонных артерий, относительное снижение кровотока по левой позвоночной артерии (вариант развития?). Память постепенно ухудшалась, Л. перестала общаться с дочерью, забывала её имя, не узнавая мать, называла её «тётёй». МРТ через 3 года после выписки: в белом веществе лобных областей – немногочисленные очаги 2-6 мм; перивентрикулярно боковым желудочкам, преимущественно передним рогам – зоны лейкоареоза до 8 мм; желудочки расширены: III желудочек – до 10 мм, боковые желудочки – передние рога – по 12 мм, тела – по 21 мм; расширены цистерны: большая, параселлярные, моста, четверохолмная, обходная; умеренная извитость внутренних сонных артерий,

девиация основной артерии влево, снижение кровотока в V4-сегменте левой позвоночной артерии; по сравнению с предыдущей МРТ – отрицательная динамика: увеличение очагов в размерах; расширение зоны лейкоареоза; выраженное расширение боковых желудочков; расширение цистерн головного мозга. Диагноз после осмотра невролога: цереброваскулярная болезнь, недифференцированная, с поражением сосудов мелкого и среднего калибров, наличием очагов в белом веществе, глиозом, явлениями начальной атрофии головного мозга, двухсторонней пирамидной недостаточностью. На амбулаторный психиатрический осмотр пришла в сопровождении матери, со слов которой, Л. контролирует свои физиологические отправления, однако, не обслуживает себя. Одетая опрятно, выглядит ухоженно. Контакт формален. Речь практически отсутствует: издаёт лишь звуки, напоминающие мычание. Может, при этом, назвать своё имя (чего накануне не делала). В остальном, полностью дезориентирована. Периодически неадекватно улыбается. Внезапно вскакивает, листает сложенные на столе медицинские документы, пытаюсь их прочесть, что-то нечленораздельно бормоча и с воодушевлением глядя на врача. Инструкции не выполняет. Бесцельно бродит по кабинету, пока её не усадят на место. Результат теста MMSE – 0 баллов («тяжелая деменция»). Моторика не нарушена. К двери направляется, ведомая матерью за кончики пальцев руки. Диагноз: субкортикальная сосудистая деменция без дополнительных симптомов вследствие недифференцированной цереброваскулярной патологии (F01.20). Особенностью данного случая является то, что когнитивная, преимущественно амнестическая, симптоматика, возникнув изначально на фоне минимальных церебрально-органических изменений, не соответствовала степени их выраженности и, парадоксально проявляясь, развивалась по психогенному типу в структуре личности с наличием проблем полоролевой и сексуальной адаптации, преобладанием наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим. В дальнейшем, при прогрессировании сосудистого процесса, нивелировался «парадоксальный», ремиттирующий характер когнитивных проявлений, трансформировавшихся в выраженный устойчивый интеллектуальный дефект, свойственный деменции.

Больная Н., 49 л., поступила в психоневрологическое отделение впервые с жалобами на тошноту, головную боль, ухудшение памяти, слабость в ногах. Заболела приблизительно 1 месяц назад на фоне психотравмирующих ситуаций личного характера: подробно рассказать не может, т.к. путается в событиях. Со слов сына, Н. хотела, чтобы он, вопреки желанию, женился на однокурнице. Затем выяснилось, что та претендовала на жилплощадь больной, планировав продать одну из квартир Н., якобы, для приобретения совместного жилья. Когда вскрылись «манипуляции с квартирой», Л. очень расстроилась – появилась тревога. Сын расстался со своей девушкой. Больной поступали звонки с угрозами, а затем – сообщение о том, что сын пострадал в автокатастрофе, хотя этого не было. Состояние резко ухудшилось: появилась тревога, пациентка стала путаться в событиях, постоянно лежала в постели, не ухаживала за собой и, после консультации психиатра в соматическом стационаре, направлена в психоневрологическое отделение, куда доставлена сыном, занесшим её на руках по лестнице. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена, росла и развивалась нормально, имеет 2 высших образования. Трудовая деятельность с 40 лет, в т.ч., – психологом в лицее. Не работает. На предплечье – рубцы размером 3 см (после попытки вскрыть вены); АД 100/60 мм рт. ст., ЧСС 96/мин. Слабость конвергенции и отведения глазных яблок с 2-х сторон, пошатывание в позе Ромберга, неуверенное выполнение пальценосовой пробы. На вопросы отвечает после длительной паузы, почти всегда: «Не помню». Сидит согнувшись, опустив голову. Неопрятна, неряшлива. Утверждает, что её тошнит, держит в руках пакет, куда сплёвывает слюну. На вопрос о причине госпитализации после длительной паузы отвечает, что «хотела что-то делать с недвижимостью», после чего охватывает руками голову и говорит, что она «очень сильно разболелась», стонет. Произносит, что сын «хотел жениться на плохой девочке». Далее беседа заканчивается. С трудом уходит в палату в сопровождении санитарки. Личность преимущественно эмоционально лабильного типа реагирования с акцентуацией по истероидному типу. Повышенная эмоциональность, демонстративность, заниженная самооценка. Состояние развилось вследствие стрессовой ситуации в сфере межличностных отношений, с усилением тревожности. Соче-

тание эмоциональной неустойчивости с физиологическими расстройствами. Защитные механизмы: вытеснение, соматизация тревоги. Уровень эмоционального стресса (методика Люшера) в ходе исследования нарастает до умеренно выраженного. Инструкции к методикам «Исключение лишнего» и «Сравнение понятий» усваивает. Однако, если увеличить латентный период между предъявлением инструкции и началом работы (например, до 5 минут и более), больная забывает инструкцию, повторяет её с искажением. Выполнение работы возможно только при постоянном напоминании задания. Резкие колебания умственной работоспособности. После небольшой по объему интеллектуальной нагрузки – выраженная истощаемость, в связи с чем исследование проводилось в несколько этапов. Значительное количество ошибок полиморфного характера: прежде всего, ошибок суждений, связанных с нарушением целенаправленности мышления, а также нарушений операционального и мотивационного звеньев мышления (искажения процесса обобщения, использования латентных признаков, разорванности, паралогичности). Прибегает к многословным резонерским рассуждениям. Например, при исключении лишнего из набора «очки, термометр, секундомер, весы», пациентка говорит: «Это предметы, что-то уточняющие, приближающие, детализирующие...достаточно?». После напоминания задания говорит: «Очень интересный случай: если ты будешь уточнять без очков, то ничего не уточнишь. Смотря ещё, что за очки. Если это повседневное ношение, то без них всё, что мы будем здесь с вами делать, мы не выполним. А, если это игровые очки, то они войдут в коллекцию таких же игровых элементов, предложенных для выполнения задания». При исключении лишнего среди таких предметов, как чайник, блюдо, бочка и ключ, рассуждает так: «Бочка и чайник – полноценные ёмкости, самые объёмные из 3-х предложенных». После напоминания, что есть еще 4-й предмет, говорит: «Черпак (ключ) – минимальная ёмкость». Далее при исключении лишнего среди таких предметов, как книга, шуба, роза, яблоко, вначале исключает яблоко, так как это фрукт, но затем говорит: «Яблоко фрукт, растение... роза...еще может быть нить какая-то...искусственное украшение, элемент одежды. Цветок из хлопка – это может быть как нить, просто часть цветка, как украшение. Искусственный мех на шубе – всё это можно искусственно сде-

лать. Бутафория какая-то получается...». Затем окончательно запутывается и забывает цель задания. При сравнении понятий «Утро-вечер» пациентка говорит: «Общее – это идея обобщения начала и конца чего-то. Разница – это время суток...и, опять же, вернуться к тому, что разница в самой идее пробуждения, завершении чего-то, продолжении чего-то. Может также обобщать сама идея разделения суток». Краткосрочная память на уровне ниже среднего с актуализацией лишних слов. Долговременная память на низком уровне с актуализацией лишних слов. Клинические анализы мочи и крови – без патологии. При первичной консультации невропатолога очаговая неврологическая симптоматика не выявлена, рекомендовано обследование: МРТ головного мозга, УЗИ сосудов шеи и головного мозга. Консультация терапевта: медикаментозная гипотензия. Диагностировано смешанное диссоциативное (конверсионное) расстройство (F44.7). Больная направлена на обследование, рекомендованное невропатологом, назначена его дата. Пролечена гидазепамом 60 мг/сут., amitриптилином 50 мг/сут., эглонилом 50 мг/сут., трифтазином 5 мг/сут., мелипрамином 100 мг/сут., пирасетамом 1200 мг/сут., 200 мл 5% р-ра глюкозы с 2 мл 10% р-ра аскорбиновой кислоты в/в капельно, витаминами группы В внутримышечно, психотерапией (индивидуальной позитивной, индивидуальной когнитивно-поведенческой, коллективной, аромо-, музыка-, спелеотерапией). Из-за низкой гипнабельности гипносуггестия не проводилась. Отмечались стойкие проявления амнезии, сумеречных состояний и псевдодеменции. Была демонстративной, присутствовали двигательные расстройства в виде дрожи, сменявшейся акинезией. В зависимости от эмоционального состояния демонстрировала необычные позы, обмороки, временно исчезающие при переключении внимания. При падениях сознание утрачивалось не полностью, успевала упасть, избегая серьезных повреждений. Присутствовали расстройства походки по типу абазии. Лечение было малоэффективным. Больная ходила, только поддерживаемая медперсоналом, в противном случае – лежала в постели в подгузниках. Проведена императивная суггестия в бодрствующем состоянии, под влиянием которой Л. самостоятельно, только при словесной поддержке врача, достаточно длительно передвигалась по отделению. На 25-й день госпитализации проведена МРТ: объемное образование пинеальной области

(герминома?) с признаками отека головного мозга; асимметрия боковых желудочков. По возвращении после обследования состояние характеризовалось обнубляющей: на вопросы отвечала после паузы, медленно, была частично ориентирована, пассивна, с трудом поднималась с постели, отмечались выраженная слабость, явления абулии. Констатирована некоторая отрицательная динамика по сравнению с предыдущими сутками. Выписана с диагнозом «состояние обнубляции вследствие объемного поражения головного мозга (опухоль головного мозга)». Направлена в нейрохирургическое отделение. По данным катамнеза – проведена лучевая терапия, без существенной динамики. В данном случае герминома (существовавшая с момента рождения, дизонтогенетическая опухоль) проявилась диссоциативно-конверсионными (с учётом отсутствия информации об их органической обусловленности) симптомами на фоне массивной психотравмы.

Больная М., 40 л., поступила в психоневрологическое отделение повторно с жалобами на слабость, утомляемость, плохой сон, снижение аппетита, беспокойство, неуверенность в себе, скованность в теле, в ногах, потерю чувствительности «от поясицы до ног», жжение в ногах, тревогу и беспокойство, дрожь в руках, рассеянность, снижение работоспособности, «громкие выдохи». Болеет 6 лет после начала боевых действий и вынужденного переезда с семьей в Россию, где испытывала значительные материально-бытовые трудности. Вернулась домой, приступила к труду, однако удерживались тревога, сниженное настроение, озабоченность будущим. Лечилась у интернистов. Постоянно стонала, т.к. «было плохо». По настоянию родственников госпитализирована в психоневрологическое отделение. Было установлено, что М. состоит на учете у невропатолога длительное время с диагнозом «дисциркуляторная энцефалопатия 1-2 ст.». Повторно лечилась с диагнозом «органическое тревожно-депрессивное расстройство». Каждый раз после выписки чувствовала себя удовлетворительно некоторое время. Затем вновь появлялись вышеперечисленные жалобы, неоднократно обращалась к невропатологам, направлявшим ее на консультацию к психиатру в связи с отсутствием неврологической патологии. При дальнейших госпитализациях диагноз: «тревожное расстройство с диссоциативным компонентом органического генеза». Чувствовала себя удовлетворительно, с

работой справлялась. За 2 года до настоящей госпитализации на фоне психического напряжения (подготовки к новогодним праздникам в музыкальной школе, где работает М.) «внезапно отнялась речь, парализовало; с трудом вывели из учебной комнаты». Находилась в нейрохирургической клинике с диагнозом «арахноидальная киста спинного мозга (инtradуральная) на уровне 5-6 грудных позвонков с выраженным миелоишемическим синдромом». Прооперирована, однако улучшения не отметила, возобновились тревога, апатия, раздражительность, сниженный фон настроения, в связи с чем и осуществлена настоящая госпитализация. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Росла и развивалась нормально. Закончила музыкальное училище, работает преподавателем в музыкальной школе. Соматически: без патологии. Неврологически: слабость отведения и конвергенции глазных яблок с двух сторон, легкая асимметрия носогубных складок, сухожильные рефлексы с рук оживлены с расширенной рефлексогенной зоной, пошатывание в позе Ромберга, статика неустойчивая, стоит неуверенно, движения скованные, с пошатыванием, мелкими шажками: колени полусогнуты, руки расставлены; пальценосовую пробу выполняет правильно; гиперестезия кожи предплечий. Контакт доступен. Отмечает скованность в ногах, нарушение походки, затрудненное дыхание. Ориентирована всесторонне. Отвечает по существу. На месте удерживается с трудом, постоянно топчется, утверждая, что ноги сами двигаются. Якобы, не чувствует своих ног и поясницы. Очень тревожна. Говорит в ускоренном темпе, прерывисто. Совершает навязчивые движения – вдохи с придыханиями. Фиксирована только на своём соматическом состоянии. Периодически появляются слезы. Винит себя в том, что сделала операцию на позвоночнике. Переубеждению не поддается. Категорична в суждениях. Мышление в несколько ускоренном темпе. Внимание рассеянное, трудно переключается с одной темы беседы на другую, т.к. полностью поглощена своим соматическим состоянием. Настроение снижено. Пессимистична в оценке будущего. Критика к состоянию формальна. Личность невротического уровня, с преобладанием гипостенических тенденций, акцентуацией по тревожно-мнительному типу. Сочетание эмоциональной неустойчивости с физиологическими расстройствами. Защитные механизмы: ограничительное поведение; вытеснение

из сознания истинных причин возникающих проблем. Шкала депрессии Зунга: уровень депрессии – 49 баллов. Шкала самооценки тревожности Спилбергера-Ханина: реактивная тревожность – 40 баллов, личностная – 62 балла. Клинические анализы мочи и крови – без патологии. Консультация невропатолога: дисциркуляторная энцефалопатия 1-2 ст. с рефлекторной пирамидной недостаточностью, на фоне церебрального атеросклероза; хроническая вертеброгенная тораколумбалгия, стадия нерезкого обострения. Прошла курс лечения: пиразидол 150 мг/сут., кветиапин 75 мг/сут., психотерапия: индивидуальная позитивная, индивидуальная когнитивно-поведенческая, коллективная, аромо-, музыка-, спелеотерапия. Состояние улучшилось: стала спокойнее, окрепла физически, исчезла тревога, выровнялся фон настроения, нормализовались сон и аппетит. Двигательные нарушения несколько уменьшились. В данном случае диссоциативные и конверсионные проявления у тревожно-мнительной личности развились на фоне психогении и затем стойко удерживались. Симптоматика, при наличии её органической основы, носит сверхценный характер.

Таким образом, клинически дифференцировать описанные случаи, соответствующие диагностическим критериям органического диссоциативного расстройства МКБ-10, можно следующим образом: сочетание (коморбидность) диссоциативной и сомато-неврологической патологии; следствие интоксикации при отсутствии психогении; на фоне психогении у личности с наглядно-действенным мышлением, проблемами полоролевой и сексуальной адаптации развилась диссоциативная, преимущественно амнестическая, симптоматика как начальное проявление недифференцированного цереброваскулярного процесса; на фоне психогении у личности с акцентуацией истероидного типа проявились диссоциативно-конверсионные симптомы как клинический дебют в зрелом возрасте дизонтогенетической опухоли; у тревожно-мнительной личности на фоне психогении диссоциативно-конверсионные проявления в комплексе с соматофонными и тревожно-депрессивными симптомами развились как сверхценные образования. Данная дифференциация представляется особенно важной при первичной диагностике диссоциативных (конверсионных) проявлений на фоне минимальных (или отсутствующих) признаков органической церебральной патологии.

Титиевский С.В.¹, Воеводина В.С.², Гостюк И.М.², Федоровская И.В.²

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ОРГАНИЧЕСКОГО ДИССОЦИАТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

²Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк, ДНР

Существующие определения органического диссоциативного расстройства лишь очерчивают его сущность, нуждающуюся в дифференцированной оценке, в первую очередь, в связи с возможностью возникновения диссоциативной (конверсионной) симптоматики как наиболее привлекающего врачебное внимание инициального клинического проявления церебрального органического процесса. В данной статье дифференцированы случаи диссоциативных (конверсионных) проявлений как коморбидных сомато-неврологической патологии, как следствие интоксикации, как клинический дебют активно текущего неврологического процесса и как сверхценные образования.

Ключевые слова: органическое диссоциативное расстройство, диссоциативные (конверсионные) расстройства, истерия, дифференциальная диагностика

Titievsky S.V.¹, Vojvodina V.S.², Gostiuk I.M.², Fedorovskaja I.V.²

CLINICAL DIFFERENTIATION OF ORGANIC DISSOCIATIVE DISORDER

¹State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

²Republican Clinical Psychoneurological Hospital –
Medical-Psychological Center, Donetsk, DPR

The existing definitions of organic dissociative disorder only outline its essence, which requires a differentiated assessment, primarily in connection with the possibility of the occurrence of dissociative (conversion) symptoms as the initial clinical manifestation, which most attracts medical attention, of the cerebral organic process. This article differentiates cases of dissociative (conversion) manifestations as comorbid with somato-neurological pathology, as a consequence of intoxication, as a clinical debut of an actively current neurological process and as overvalued formations.

Keywords: organic dissociative disorder, dissociative (conversion) disorders, hysteria, differential diagnosis

Литература

1. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб.: АДИС; 1994. 303.
2. Good M.I. The concept of an organic dissociative syndrome: what is the evidence? *Harvard Review of Psychiatry*. 1993; 1(3): 145-157. doi: 10.3109/10673229309017073
3. Колмогорова В.В., Буйков В.А. Некоторые аспекты формирования экзогенно-органических психических расстройств у населения, проживающего на экологически неблагоприятной территории. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017; 27(3): 37-42.
4. Ram D., Ashoka H.G., Gowdappa B. Hyperglycemia associated dissociative fugue (organic dissociative disorder) in an elderly. *J. Family Med. Prim. Care*. 2015; 4: 465-467.

References

1. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv. Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines]. SPb.: ADIS; 1994. 303 (in Russian).
2. Good M.I. The concept of an organic dissociative syndrome: what is the evidence? *Harvard Review of Psychiatry*. 1993; 1(3): 145-157. doi: 10.3109/10673229309017073

3. Kolmogorova V.V., Buikov V.A. Nekotorye aspekty formirovaniya ekzogenno-organicheskikh psikhicheskikh rasstroistv u naseleniya, prozhivayushchego na ekologicheski neblagopriyatnoi territorii [Some aspects of the formation of exogenous organic mental disorders in the population living in an ecologically unfavorable territory]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*. 2017; 27(3): 37-42 (in Russian).
4. Ram D., Ashoka H.G., Gowdappa B. Hyperglycemia associated dissociative fugue (organic dissociative disorder) in an elderly. *J. Family Med. Prim. Care*. 2015; 4: 465-467.

Поступила в редакцию 21.09.2020