

строения в виде субдепрессий с ипохондрическими включениями, иногда с тревогой, реже - гипоманиакальных проявлений. Непосредственно перед психотическим приступом непсихотические колебания настроения исчезали, создавая впечатление светлых промежутков. По преморбидным особенностям исследуемые данной группы распределялись следующим образом : сензитивная акцентуация - 2, аффективная - 1, эпилептоидная - 1, без особенностей в преморбиде - 4. Провоцирующими психоз факторами являлись легкая черепно-мозговая травма у 2 пациентов, солнечная инсоляция у 2, стрессовые ситуации у 2, алкогольная интоксикация у 1, у 3 подростков психоз манифестировал без видимых причин. У семи подростков отмечена наследственная отягощенность психическими заболеваниями. Среди факторов, способствующих формированию церебральной резидуально-органической недостаточности, играющей впоследствии патопластическую роль, следует отметить токсикоз беременности у матери в 3 случаях, неблагоприятный акушерский анамнез в 3 случаях, затяжные роды в 1, асфиксия в родах, обвитие пуповины вокруг шеи в 2 случаях.

Клиническая картина проявлялась атипичными маниакальными и депрессивными фазами. Первой фазой у трех пациентов была *маниакальная*, протекавшая в форме так называемой параноидной мании. На фоне повышенного настроения, психомоторной активности отмечались бредовые высказывания о преследовании, идеи отношения, воздействия гипнозом, лазером, бредовые идеи величия нелепого содержания, сопровождающиеся агрессивным поведением. Отмечалась повышенная деятельность, гиперактивность, отвлекаемость и снижение концентрации внимания, нарушение чувства дистанции. Подростки говорили о своих невероятных способностях управлять вселенной погодой, угадывать мысли на расстоянии, быть народным целителем, экстрасенсом. У двух больных отмечалась невероятная гневливость, проявляющаяся в непрерывных драках и других делинквентных поступках. В тоже время подростки отмечали, что их мысли кто-то прерывает или находят под влиянием посторонней силы. У двух пациентов отмечались различные голоса, подтверждающие вычурные бредовые идеи. Окружающую обстановку больные воспринимали как необычную и странную. В противовес маниакально-депрессивному психозу аппетит не всегда был повышен. Постоянно присутствовали различной степени выраженности соматовегетативные нарушения : колебания артериального

давления, пульса, мышечное напряжение, нарушения водносолевого обмена, иногда субфибрилитет, нарушение углеводного обмена с повышением уровня сахара крови.

У пяти подростков первая фаза была *депрессивная*. Чаще всего она носила характер тревожной депрессии с тревогой и страхом, когда подростки не могли объяснить чего они боятся и почему встревожены. Тревогу сопровождала растерянность, недопонимание происходящих вокруг событий. Тревога заслоняла собой угнетенное настроение. Подростки боялись смерти или непонятной и необъяснимой мести и расправы. Нередко высказывали страх за жизнь и здоровье родителей и близких. Двое больных высказывали страх сойти с ума. Психомоторные расстройства объективно подтверждали тревожно-депрессивные переживания больных: суетливое беспокойство с мимикой испуга и страха, защищающиеся жесты и позы с жалобной интонацией голоса, нередко с плачем, криком, стонами или обездвиженность с застывшим выражением страха на лице. Ассоциативные процессы были затруднены, когда больные говорили о постоянной пустоте в голове. На основе страха и тревоги возникали идеи преследования, самообвинения, отношения, заражения. Взгляды, жесты и действия окружающих подростки воспринимали как осуждающие, угрожающие или предвещающие катастрофу или различного рода опасность. У двух больных отмечались эпизодические галлюцинации в форме угроз или упреков. У трех проявления эмоциональной дереализации и деперсонализации: “окружающее застыло, стало мертвым, я - живой труп”. У четверых подростков отмечено суицидальное поведение. У всех исследуемых отмечалось снижение аппетита, бессонница, потеря веса, снижение обычных интересов, нарушение концентрации внимания. Чувство вины и безысходности сочетались с утверждением о том, что их мысли прерывают или узнают или они контролируются трансцендентальными и другими необъяснимыми силами, что за ними шпионят, осуждают, обвиняют, хотят убить. Отмечались нелепые ипохондрические идеи о разложении внутренних органов, “гниении крови”, поражении спидом или раком. Сон был поверхностным и тревожным, нередко со страшными сновидениями. Отмечались неотчетливые суточные колебания настроения с нарастанием тревоги к вечеру у некоторых больных.

При повторных приступах отмечались *смешанные состояния*, когда в течении дня тревожная депрессия сменялась на маниакальное со-

стояние либо маниакальные и депрессивные включения проявлялись одновременно. На высоте депрессивных и маниакальных фаз у некоторых больных отмечались онейроидные состояния в форме фантастических сноподобных переживаний встреч с инопланетянами, космическими существами.

Хронологически у различных больных продолжительность фаз проявлялась от нескольких дней до нескольких недель и месяцев. Светлые промежутки - от нескольких дней до многих лет. Обычно приступы следовали один за другим,

одна фаза сменяла другую. Спустя четыре - пять приступов через пять - семь лет выявлялось снижение активности, потеря индивидуальных интересов, необщительность и замкнутость, ограничение прежних контактов, склонность к "обломовскому" образу жизни, признаки эмоционального снижения. В трех случаях отмечались нарушения поведения, уклонения от учебы, признаки наркоманической зависимости. У двух больных в постпубертатный период шизоаффективный психоз завершился относительным выздоровлением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кутько И.И., Стефановский В.А., Букреев В.И., Шестопалова Л.Ф. Депрессивные расстройства. Киев "Здоровья", 1992, -159 с.

2. Philip Barker, Basic child psychiatry, fifth edition published by Blackwell Scientific Publications 1988.

3. Barry D. Garfinkel, M.D., F.R.C.P.[C.] , Gabrielle A. Carlson, M.D., Elizabeth B. Weller, M.D. Psychiatric Disorders in Children and Adolescents, 1990 by W.B. Saunders Company

4. В.Н. Кузнецов Психозы с преимущественной патологией

аффективной сферы, возникающие у детей и подростков с церебральной резидуально-органической недостаточностью / Клинические и организационные вопросы общей и судебной психиатрии / под ред. А.П. Чуприкова И. Стоименова, Киев-София.- 1993.-с.65-68.

5. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н., Аффективные психозы.- Л.: Медицина, 1988.-264с.

6. Абрамов В.А., Реабилитация больных с последствиями черепно-мозговых травм,- Киев, "Здоровья", 1992, -190с.

В.М. Кузнецов

КЛІНІКА ЕНДОГЕННИХ ПСИХОЗІВ З ПЕРЕВАЖНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ АФФЕКТИВНОЇ СФЕРИ ЩО, ВИНИКЛА У ПІДЛІТКІВ З ЦЕРЕБРАЛЬНОЮ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНІЧНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Кафедра психіатрії Київської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України

Представлено опис клінічної картини МДП, шизофренії і шизоафективних психозів, що виникли у 33 хворих в підлітковому віці. У всіх пацієнтів даної групи були констатовані ознаки церебральної резидуально-органічної патології, яка в більшості випадків сприяла більш ранній маніфестації ендогенного психозу і його психоорганічному оформленню. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1997. - № 1 (3). - С. 15-20).

V.N. Kuznetsov

CLINICS OF ENDOGENIC PSYCHOSES WITH PREDOMINATING PATHOLOGY OF AFFECTIVE SPHERE IN ADOLESCENTS WITH CEREBRAL RESIDUAL-ORGANIC INSUFFICIENCY

Ministry of Health, Kyiv medical academy for post-graduate training

The description of clinic of maniacal-depressive disorder, schizophrenia and shizo-affective psychosis occurred in 33 adolescents cases is represented. All the patients have signs of cerebral residual-organic insufficiency, which further more had caused early manifestation of psychosis and its psychoorganic outlook in most cases. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1997. - № 1 (3). - P. 15-20).

Поступила в редакцію 7.04.97

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Донецкий государственный медицинский университет, Донецкий институт социального образования

Ключевые слова: невротоподобные расстройства, внутренняя картина болезни, хроническая почечная недостаточность

В применении экстракорпорального гемодиализа (ЭКГД) нуждается все большее количество пациентов, так как хроническая почечная недостаточность (ХПН) в условиях современного кризиса медицины в стране и в силу объективных закономерностей течения хронических воспалительных, обменных, наследственных заболеваний, участвовавших интоксикационных и травматических поражений становится распространенным видом патологии.

Применение гемодиализа позволило продлить жизнь тем, кто прежде погибал от уремии, но его применение нередко приводит к дезадаптации больных вследствие неблагоприятного воздействия как биологических, так и микросоциальных факторов [3, 5, 7, 9].

По некоторым данным [6, 7] у 95% больных, находящихся на ЭКГД, возникали разнообразные психические нарушения от соматогенной астении и невротоподобных расстройств до психотических эпизодов и явлений психоорганического синдрома. Наиболее изученными в настоящее время являются клиника и динамика острых психотических состояний [5, 17, 18]. У больных, длительное время находящихся на лечении ЭКГД был выделен специфический синдром диализной деменции [4].

На сегодняшний день в исследованиях пси-

хиатрического плана внимание, главным образом, акцентируется на расстройствах психотического уровня (от выраженных аффективных - до расстройств сознания) без детального анализа невротоподобных расстройств как клинического, так и субклинического уровня. В исследованиях медико-психологического плана [5, 6, 8, 11, 12] приводятся или данные о нарушении механизмов протекания отдельных психических процессов или излишние обобщенные описания типов реагирования на болезнь, не отражающие их связи со степенью выраженности психопатологических феноменов, нозологической специфичности по сравнению с больными другими соматическими заболеваниями. Отсутствует и синтез психопатологической и патопсихологической оценки состояния больных.

Таким образом, актуальность настоящего исследования определяется широкой распространенностью изучаемой патологии, сопровождающей ХПН и часто приводящей к формированию неадекватных психологических реакций на болезнь и лечение, а также невротоподобных расстройств различного уровня; отсутствием конкретизированных описаний личностно-динамических паттернов дезадаптации, позволяющих проводить целенаправленную психокоррекцию в изучаемой группе больных.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось в отделении экстракорпорального гемодиализа и трансплантации почек ОКБ им.Калинина. Было обследовано 36 больных (20 женщин и 16 мужчин) в возрасте от 19 до 54 лет. На момент обследования все они имели диагноз "ХПН, терминальная стадия" и находились на ЭКГД (2-3 процедуры в неделю по 4-6 часов). У 22 человек (61%) имели место невротоподобные расстройства клинического уровня, а в остальных 14 (39%) субкли-

нического. На клиническом уровне симптоматика при достаточной полиморфности структурировалась чаще всего в виде астено-депрессивного и астено-депрессивно-ипохондрического синдромов. На субклиническом уровне симптоматика носила астенический характер, однако не достигала синдромальной завершенности, не сопровождалась идеаторной переработкой и соответствовала уровню непатологической психической дезадаптации [1, 2].

Клинико-патопсихологическое исследование, направленное на изучение особенностей личностно-динамического паттерна дезадаптации при разных уровнях невротоподобных расстройств, проводилось с применением клинически ориентированного многофакторного личностного опросника Мини-Мульт [17] и лич-

ностного опросника для диагностики типов отношения к болезни научно-исследовательского психоневрологического института им.В.М. Бехтерева [10]. Статистическая обработка проводилась с использованием параметрических и непараметрических методов с помощью ПЭВМ.

Результаты исследования и обсуждение.

Соотношение оценочных шкал методики Мини-Мульт (L:F:K=47:56:45) свидетельствует о достоверности полученных результатов и возможности их интерпретации с учетом тенденции к максимальному самораскрытию, несколько утрированной откровенности (судя по отношению F и K).

Показатели всех основных шкал находятся в пределах от 51 до 65 Т баллов. Однако, полученный усредненный профиль не может быть отнесен к числу "линейных", типичных для конкордантной нормы и в силу более высокого расположения показателей большинства шкал, и в силу наличия максимальных подъемов на шкалах, характеризующих противоположные тенденции реагирования в рамках адаптационного процесса.

Максимальное повышение отмечается по шкале 6(Pa) - 65 Т, повышенные показатели по шкале аффективной ригидности (паранойи) указывают на тенденцию к стеничному, застревающему, аффективно насыщенному реагированию. Отсутствие, вместе с тем, сочетанного повышения по 4 (Pd) и 9 (Ma) шкалам не позволяют говорить о полном доминировании стеничного типа реагирования в изучаемой группе. Тем более, что вторым по степени выраженности (64 Т) является показатель по 1 (Hs) шкале, а далее, в порядке убывания, идут показатели 2 (D) и 3 (Hy) шкал соответственно 63 Т и 62 Т. Как известно, показатель шкалы 2 (D) отражает свойства гипостенического, а 1 (Hs) а 3 (Hy) - смешанного типа реагирования. Таким образом, практически одинаково выраженные несколько повышенные показатели по указанным выше шкалам однозначно указывают на преобладание в изучаемой группе смешанного типа реагирования, характерного для дискордантных личностей с тенденцией к блокированию как невротического, так и поведенческого отреагирования и канализации внутреннего напряжения по пути соматизации, то есть расшатывания наиболее слабой функциональной системы организма. Таким образом, за благополучным на первый взгляд профилем скрывается ситуация напряженного интрапсихического конфликта, с одной сторо-

ны, порожденного соматическим неблагополучием, а с другой - усугубляющего его.

Среди оставшихся шкал наиболее высокий показатель имеет 8 (Sc) - 63 Т. Сочетание повышений по 2 (D) и 6 (Sc) шкалам указывает на существенный эмоциональный дискомфорт, хронические трудности адаптации, неуверенность в себе, наличие пассивно-оборонительных тенденций. Существование указанных тенденций подтверждается и относительно более низкими показателями по шкалам 4 (Pd) и 9 (Ma) - 54 Т и 51 Т.

Более рельефно психологическая специфичность изучаемого контингента проявляется после разделения его по клиническому впечатлению на две качественно отличные группы: 1) лиц с невротоподобными расстройствами клинического уровня, 2) лиц с субклиническими невротоподобными расстройствами.

В первую группу вошли 22 человека с умеренно-выраженной симптоматикой, главным образом, астенического круга, а в некоторых случаях и более полиморфной (чрезмерная эмоциональность, демонстративность, навязчивость, депрессивные радикалы). Стойких интеллектуально-мнестических расстройств в этой группе не отмечалось, у больных имелось субъективное ощущение измененности своей эмоциональности. Во второй группе (11 человек) отсутствовало субъективное ощущение собственной измененности, имели место синдромально не структурированные, нестойкие астенические жалобы, эмоциональная инконтинентность.

Интерпретируя усредненный профиль больных ХПН, находящихся на экстракорпоральном гемодиализе с невротоподобными расстройствами клинического уровня следует отметить, что показатели оценочных шкал не превышают 60Т, однако показатель F-K имеет очень высокое значение (16Т), что указывает на выраженную тенденцию к преувеличению имеющихся проблем, а также значительное психологическое напряжение, приводящее к существенной дезинтеграции личности.

Ведущими пиками на рассматриваемом усредненном профиле являются 6(Pa)-79 и 2(D)-

74Т. Сочетание пика профиля на 6 и 2 шкалах отражает глубокую дисгармоничность, дискордантность, так как свидетельствует об одновременном существовании аффективной ригидности (при которой механизм проекции вины предопределяет наличие гетероагрессивных экстрапунитивных тенденций, чреватых интерперсональными конфликтами) и депрессивного компонента (при котором значительная аффилативность, симбиотичность подавляет гиперагрессивность и обуславливает существование интрапунитивных реакций). Профили подобного типа встречаются или при изначально существующем субдепрессивном аффекте при возникновении эмоционально-заряженных концепций, или, когда существование аффективной ригидности порождает в окружающих враждебность, а это, в свою очередь, вызывает ощущение одиночества, разрывов межличностных отношений.

Из этих двух путей формирования указанных типов профиля, по нашим наблюдениям, главным образом “используется” первый. При этом речь идет не о конституциональной депрессивности лиц основной нозологической группы, а о первичной депрессивной реакции на тяжелую соматическую патологию.

Третье и четвертое место по степени выраженности в усредненном профиле больных с ХПН, находящихся на экстракорпоральном гемодиализе, занимают, соответственно, шкалы 3 (Ну)-67Т и 1 (Нс) -66Т. Сочетание некоторого повышения по этим шкалам с ведущим пиком по 6 шкале подчеркивает глубину дисгармоничности, указывая на тенденцию формирования трудно корригируемых концепций самой соматической патологии, межличностных отношений, складывающихся в ситуации длительной болезни и своеобразного лечения. При этом имеет место не только (а порою и не столько) беспокойство по поводу самого по себе состояния здоровья при реально тяжелом состоянии (относительно низкая шкала 7), сколько стремление ориентироваться на социально одобряемую внешнюю оценку, с чем вполне согласуется преобладание среди типов отношения к болезни гипонозогностических вариантов.

Для изучаемой нозологической группы характерно отсутствие тенденции к асоциальному поведению (относительно низкие показатели по шкалам 4 (Рв) и 9 (Ма)). Это свидетельствует о перенапряжении как системы самореализации, так и системы самоконтроля, что отражает невозможность разрешения напряженности работы индивидуального барьера адаптации (Александровский Ю.А., 1976, 1991) как в сто-

рону отреагирования вовне, на поведенческом уровне, так и в сторону невротизации, при этом создается основа для соматизации имеющейся напряженности по пути усугубления психосоматического варианта дезадаптации. Таким образом, имеющаяся психологическая проблематика становится не только отражением соматического неблагополучия, но и приобретает характер дополнительного патогенетического фактора, утяжеляющего картину и прогноз основного соматического заболевания.

Сравнение профилей лиц с невротоподобными клиническим и субклиническим уровнем расстройствами позволяют косвенно судить об основных моментах динамики психологических тенденций по мере утяжеления патологии.

У лиц с расстройствами доклинического уровня по шкалам достоверности отмечаются существенно более высокие показатели по шкале L - 54 Т ($p < 0,05$) и более низкие по шкале F - 50 Т ($p < 0,01$). В этом находит отражение усиливающаяся дезинтеграция личности под воздействием нарастающей астенизации, переутомления, у лиц с расстройствами клинического уровня приводящая к повышенной драматизации своего состояния и своего отношения к нему.

По клиническим шкалам наиболее существенный рост показателей ($p < 0,001$) при переходе от субклинического уровня к клинически выраженному отмечается по 1 (Нс), 2 (D) и 6 (Ра), что отражает синхронное нарастание по мере утяжеления состояния как тенденции гипостенического, так и гиперстенического реагирования. Дополнительным подтверждением этого является также одновременное повышение ($p < 0,1$) показателя по 3 (Ну) шкале и снижение (с той же степенью достоверности) по шкале 9 (Ма). Таким образом, на фоне прогрессивной динамики клинического состояния больных отмечается усугубление противоречивости мозаичного эмоционально-динамического паттерна дезадаптации, описанного выше, что может свидетельствовать о прогрессирующем снижении интегрирующей функции сознания и самосознания.

Больные с ХПН, находящиеся на экстракорпоральном гемодиализе были также обследованы по методике психологической диагностики типов отношения к болезни, разработанной в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева [10].

При этом так называемые “чистые типы” (то есть характеризующиеся единственным шкальным показателем, превышающим остальные

более, чем на 7 баллов), выявлены у 44% обследованных больных. Большинство “чистых” типов относилось к выделяемому авторами методики первому блоку шкал, включающему гармонический, эргопатический и анозогностический типы реагирования. Принято считать, что эти типы характеризуются минимально выраженными проявлениями социальной дезадаптации. Следует отметить, что статистическая обработка результатов не выявила достоверных отличий в представленности типов отношения к болезни, относимых к 1 блоку, между больными изучаемой группы с невротоподобными расстройствами клинического и доклинического уровня. У первых гармонический тип отношения отмечался трижды, а эргопатический дважды, у вторых - три раза каждый. Чистые меланхолический и ипохондрический типы были выявлены по одному разу у больных с невротоподобными расстройствами. Эти типы, относимые ко 2 блоку, включающему, кроме этого, тревожный, неврастенический и апатический, характеризуются интрапсихической направленностью дезадаптации в связи с болезнью. Наконец, сенситивный тип отношения к болезни, относимый к 3 блоку, характеризующемуся интерпсихической направленностью дезадаптации, был выявлен 1 раз у лиц с субклиническими невротоподобными расстройствами и дважды при расстройствах клинического уровня. Достоверных отличий по частоте встречаемости типов, относимых ко 2 и 3 блокам у больных с клиническими и субклиническими расстройствами не выявлено.

Следует отметить, что только у 5% (2 человек) больных с диагностированным гармоническим типом отношения к болезни отмечался “линейный” профиль по методике Мини-Мульт, типичный для конкордантной нормы. В остальных случаях имел место “утопленный” профиль - явное свидетельство установочного поведения (при L -63Т) или пограничные профили, отражающие дискордантный паттерн личностно-эмоционального реагирования (на 1Нs, 2D, 4Pd, 6Pa шкалах). При эргопатическом типе отношения “линейный” профиль отмечался трижды (во всех случаях - у лиц с субклиническими расстройствами). В остальных двух случаях (больные с невротоподобными расстройствами клинического уровня) имел место пограничный профиль (один типично истерический - конверсионная V в сочетании с пиком по 4Pd шкале, второй - субдепрессивный с пиком по 2D шкале без соответствующего снижения по 9Ma). При сенситивном типе отношения в одном случае (у па-

циента с субклиническим невротоподобным расстройством) имел место “линейный” профиль, вызывающий сомнение в достоверности из-за довольно низкого показателя по F (39Т) при L -63Т и К - 56Т, явно отражающего установочные тенденции к демонстрации нормативности.

У двух других пациентов с невротоподобными расстройствами клинического уровня отмечались профили с ведущим пиком на шкале 6Pa, сочетавшимся в одном случае с пиком по 2D, а в другом с пиками по 4Pd и Ma, что скорее соответствовало представлению о паранойальной симптоматике. При меланхолическом и ипохондрическом типах отношения отмечались профили с дискордантными тенденциями (пики на шкалах невротической триады и на 6Pa и 4Pd).

Таким образом, даже при выявлении “чистых” типов отношения к болезни мы в большинстве случаев имели место с “фасадной” простотой психологической реакции на болезнь. За внешними атрибутами, на первый взгляд оноительно благополучных отношений, кроется глубоко противоречивая эмоционально-динамическая структура личностного паттерна, напряженность противоречий которого нарастает при переходе от субклинического уровня невротоподобных расстройств к клиническому.

“Смешанные” типы отношения к болезни, сочетающие высокие показатели одновременно не более, чем по 2-3 шкалам были диагностированы у 5 больных с субклиническими невротоподобными расстройствами и у 7 - с невротоподобными расстройствами клинического уровня.

У лиц с субклиническими расстройствами с содержательной точки зрения в одном случае отмечался согласованный (непротиворечивый) тип - тревожно-ипохондрический-истерический, а в другом - противоречивый - эргопатически-ипохондрический. У больных с невротоподобными расстройствами клинического уровня согласованные смешанные типы отмечались у 4 обследованных больных (у 2-х депрессивно-параноидный, 1-тревожно-ипохондрический и 1-депрессивно-ипохондрический). Среди противоречивых по одному разу были выявлены эргопатически-апатический, эргопатически-депрессивный и эргопатически-ипохондрический. Статистически достоверных отличий в распределении согласованных и противоречивых типов отношения к болезни у лиц с клиническими и субклиническими невротоподобными расстройствами не выявлено. Как для согласованных, так и для противоречивых типов в большинстве случаев характерными оказались профили по методике Мини-Мульт, отражающие