

дискордантность личностных паттернов дезадаптации.

“Диффузные” типы отношения были диагностированы у 3 % обследованных в изучаемой группе. При таких типах, как известно, показатели, входящие в семибалльный диагностический диапазон, отмечаются по более, чем трем шкалам. Диффузные типы отношения отмечались у пяти больных с субклиническими невротоподобными расстройствами и у шести - с клинически выраженными. Диффузные типы отношения характеризовались причудливыми сочетаниями разнонаправленных радикалов личностного реагирования на болезнь.

Следует отметить частоту встречаемости отдельных радикалов: гармонический - у 8 больных, эргопатический - у 7 (причем у четырех эргопатический и гармонический радикал сочетался), ипохондрический - у 7, депрессивный - у 7, тревожный - у 6, причем у пяти человек тревожный и депрессивный радикал сочетались, сенситивный - у 5, неврастенический - у 5, анозогнозический - у 3, параноидный - у 2 человек, истерический и апатический - у одного.

Диффузным типам отношения к болезни соответствуют профили методики Мини-Мульт, отражающие дискордантность личностных паттернов реагирования.

Суммируя впечатление о значении выделенных смешанных и диффузных типов отношения к болезни, следует отметить значительную представленность гармонических и эргопатических радикалов, сочетающихся с радикалами интра- и интерпсихических блоков, что отражает существование значительных гиперкомпенсаторных тенденций, выражающих социально-одобряемые стереотипы поведения, маскирующие мощные комплексы сверхценно заряженных переживаний ипохондрического, параноидального и сенситивного содержания. Широкая представленность эргопатических и гармонических радикалов отражает при этом не столько реальное, сколько желаемое отношение к болезни. Частое сочетание кардинально разнонаправленных тенденций отражает также имеющуюся дезинтеграцию личностного самосознания.

Формирование фасадной патопсихологической симптоматики, диагностируемой как тип отношения к болезни, отражается в динамике показателей методики для диагностики типов

отношения при переходе от субклинического уровня невротоподобных расстройств к клинически выраженному.

Усредненные графики позволяют диагностировать эргопатический тип отношения к болезни (гармонический, несмотря на наибольшую выраженность, исключается по логическому правилу интерпретации методики) и имеют практически одинаковую конфигурацию.

Статистически достоверные отличия отмечаются по шкалам апатического ( $p < 0,05$ ) и параноидального ( $p < 0,05$ ) типов отношения. Более высокие показатели по обеим шкалам у больных с клинически выраженными расстройствами отражают нарастание рассогласованности, дискордантности личностного эмоционально-динамического паттерна на уровне клинически выраженных невротоподобных расстройств. Повышение показателя по шкале апатического типа отношения, в силу его незначительной абсолютной выраженности, не может быть интерпретировано как непосредственное нарастание апатической симптоматики, а скорее говорит о большей общей астенизованности, редуцированном проявлении общей эмоциональности. Подобная редукция может быть связана и с преимущественной канализацией напряжения по линии психосоматической дезадаптации.

Кроме указанных различий, необходимо также упомянуть об относительно более высоком ( $p < 0,01$ ) показателе шкалы эргопатического типа отношения у лиц с субклиническими расстройствами. Подобное обстоятельство может быть объяснено меньшей степенью астенизации больных с субклиническими невротоподобными расстройствами, что позволяет в большей степени ориентироваться на стенический модус реагирования.

Обобщая результаты обследования по методике диагностики типов отношения к болезни следует отметить, что за фасадным благополучием полученных данных кроется существование противоположных психологических тенденций, выявляемых с помощью методики Мини-Мульт. Высокие показатели по шкалам эргопатического и гармонического типов реагирования отражает наличие выраженных гиперкомпенсаторных механизмов, носящих неконструктивный, патогенный характер, подобный “субъективному” стремлению к работе, описанному G.Klumbies (Карвасарский Б.Д., 1982).

## Выводы

1. Невротоподобные расстройства отмечаются практически у всех больных с ХПН, находя-

щихся на гемодиализе; в 61 % случаев они носят клинически выраженный, а в 39 % - субклини-

ческий характер.

2. Личностно-динамический паттерн дезадаптации у лиц с ХПН, страдающих неврозоподобными расстройствами, характеризуется четко выраженной дискордантностью, усугубляющейся при переходе невротических расстройств на клинически выраженный уровень.

3. Невозможность, в силу дискордантности, разрешения напряженности по пути невротизации и на поведенческом уровне создает основу соматизации и усугубления психосоматической дезадаптации. Психосоматическая проблематика больных с ХПН становится при этом дополнительным патогенетическим фактором, утяже-

ляющим основную соматическую патологию.

4. Больных с ХПН, страдающих неврозоподобными расстройствами, отличает высокая степень личностной дезинтеграции, что связано со снижением организующей роли сознания и самосознания на фоне аутоинтоксикации и ведет к углублению личностной дискордантности.

5. Распространенная обобщенная психологическая характеристика на уровне "типа отношения к болезни" в большинстве случаев неврозоподобных расстройств у лиц с ХПН имеет значение социально-приемлемого фасада и скрывает за собой глубокие личностные противоречия.

### Литература

1. Бурцев А.К. Невротические расстройства у работников ВЦ (эпидемиология, клиника, динамика, ранняя диагностика и профилактика). Автореф. дисс. канд. мед. наук.- Харьков, 1997,-23с.
2. Диагностика состояний психической дезадаптации.// Метод.рекомендации / Абрамов В.А., Кутько И.И., Напреенко А.К., Бурцев А.К. и др., Донецк, 1992,-19с.
3. Джавад-Заде М.Д. Хроническая почечная недостаточность. Л.,1992, с.196.
4. Ермоленко В.М. Синдром диализной деменции : патогенез и клиника.// Тер. архив.- 1981, №3, с.257-268.
5. Зикеева Л.Д. Внутренняя картина болезни при хроническом гломерулонефрите и пиелонефрите (клинико-психологическое исследование) / Автореф. дисс. ... канд.мед.наук.- М.,1974.- 22с.
6. Коржова Е.Ю. Человек болеющий : личность и социальная адаптация. СПб, 1994.,190с.
7. Коркина М.В. Психические расстройства при соматических заболеваниях.// Психиатрия, М.,1995, с.331-354.
8. Лебедев Б.А. Соматопсихические соотношения у больных хронической почечной недостаточностью в процессе лечения гемодиализом., М.,1989.,235с.
9. Лебедев П.А., Рябов С.И., Петрова Н.Н. О механизмах хронической почечной недостаточности.// Клиническая медицина,-1992, т.2, с.62-69.
10. Методика для психологической диагностики типов

отношения к болезни.// Метод. рекомендации / Под редакцией А.Е.Личко.- Л.:1987./ 27с.

11. Муладжанова Т.А., Николаева В.В. Особенности познавательной деятельности больных с хронической почечной недостаточностью.// Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова.-1981.-с.125-134.

12. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия.- М.: Медицина,1996.-464с.

13. Психология и медицина. Тезисы докладов Первого Украинского семинара психологов. Донецк - Харьков - Киев - Париж.,1994г., С. 95.

14. Рябов С.И. Хроническая почечная недостаточность. М.,1992,187с.

15. Сто лучших психодиагностических тестов. Петрозаводск, "Петраком", 1992,- 320с.

16. Табачников А.Е. Введение в клиническую психологию. Уч.пособие. Донецк, 1996, 21с.

17. Цивилько М.А. Динамика психических нарушений у больных с хронической почечной недостаточностью при использовании оперативных методов лечения (гемодиализ, пересадка почки) / Автореф. дисс. д-ра мед. наук.- М., 1977.-41с.

18. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний/ Н.Е.Бачериков, М.В.Воронцов, П.Т.Петрюк и др.- Х.:Основа, 1995.-276с.

*А.К.Бурцев, О.М.Виговська, М.В.Копайло*

## ДЕЯКІ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОМУ ГЕМОДІАЛІЗІ

Донецький державний медуніверситет, Донецький інститут соціальної освіти.

За допомогою тесту Міні-Мульг та опитувальника до визначення типу відношення для захворювання обстежено 36 хворих. Досліджені особливості внутрішньої картини хвороби та особистісних патернів дезадаптації на її клінічному та субклінічному рівнях. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1997. - N 1(3). - С. 21-26).

*A.C.Burtsev, L.M.Vygovskaya, M.V.Kopaylo*

## ABOUT CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY INSUFFICIENCY TREATED BY EXTRACORPOREAL MAINTENANCE DIALYSIS

Donetsk State Medical University, Donetsk Institute of Social Education.

Using shotened variant of MMPI (Mini-Mult) and the questionnaire of patient's attitude to disease 36 persons were examined. Some special features of inner picture of disease and personality's patterns of psychic dysadaptation in its different levels were studied. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1997. - N 1(3). - P. 21-26).

Поступила в редакцію 21.02.97

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

Киевское городское специализированное психоневрологическое медицинское объединение.

Ключевые слова: депрессии, инволюция, клинические особенности, дифференциация.

В литературе имеется значительное количество работ, посвященных описанию особенностей клиники и течения аффективных психозов в старости. Однако, учитывая накопление больных этой категории и в населении, и в специализированных стационарах, расширение возможностей терапии, возникновение проблем патоморфоза возрастных психозов, требующих их дальнейшего клинического изучения, дифференцированной оценки, разработки адекватной терапии и реабилитации, подобное внимание вполне оправдано.

Среди общих особенностей клинических проявлений депрессивных состояний позднего возраста авторы отмечают отсутствие выраженной заторможенности, преобладание в симптоматике сниженного настроения тревожной окраски, наличие внутреннего беспокойства, страхов, ажитации или тревожных вербигераций, преобладание депрессивных идей отношения и диффузной параноидности над идеями самообвинения и виновности, склонность к тревожно-ипохондрическим опасениям (Э.Я.Штернберг, М.Л.Рохлина, 1970; А.Н.Пятницкий, 1987; И.И.Кутко, В.А.Стефановский, 1992).

К наиболее значимым тенденциям в проявлениях аффективной патологии в старости (как и других психических отклонений в этом возрасте) следует отнести уменьшение масштаба психического феномена, уменьшение богатства его нюансов. По мере продвижения в возрасте наблюдается упрощение самого аффективного расстройства, сужение его объема, уменьшение размаха психопатологических проявлений. У большей части больных аффективными расстройствами позднего возраста наблюдается витализация и соматическая направленность всех составляющих синдрома.

Важное место среди аффективных расстройств позднего возраста занимает инволюционная меланхолия, являющаяся наиболее ярким примером столкновения взглядов по вопросу о самостоятельности инволюционных психозов.

Е. Краепелин, описавший в конце прошлого столетия инволюционную меланхолию как форму психического заболевания (так называемую истинную меланхолию), признал за ней нозологическую самостоятельность. Другие авторы: и современники Е.Краепелин (Thalbitzer, 1986; Dreyfus, 1907), и более поздние исследователи, указывали, что инволюционная меланхолия является атипичным МДП. И, наконец, существует еще одна точка зрения, которой придерживается большинство современных авторов (Н. Weitbecht, 1962; Т.Н. Морозова, Н.Г. Шумский, 1966; Э.Я. Штернберг, 1977; О.П. Вертоградова, 1980). Предполагается нозологическая самостоятельность депрессивных состояний инволюционного возраста с выделением собственно депрессий позднего возраста и депрессий, возникающих у лиц инволюционного возраста.

Отсутствие выраженной специфичности и атипичность аффективных расстройств позднего возраста находит свое выражение в указаниях ряда авторов на отсутствие или невыраженность традиционной дихотомии в отношении эндогенных психических расстройств, т.е. заболеваний шизофренического и маниакально-депрессивного круга в возрасте обратного развития. Это утверждение сохраняет свою силу независимо от научных взглядов различных психиатрических школ (J. Angst, С. Perris, 1968; J. Glatzel, 1970; Шахматов Н.Ф., 1978; Пападопулос Т.Ф., 1983; Нуллер Ю.Л. 1989).

Целью настоящей работы явилось изучение соотношения различных типов депрессий среди лиц позднего возраста, а также клиникопсихопатологических особенностей каждого из них. Для этого проделано клинко-анамнестическое обследование 82 больных, состоящих на учете в Киевском городском психиатрическом диспансере.

Так как больные обследовались в острых психических отделениях диспансера, а также в амбулаторных условиях в основном в случаях решения вопроса госпитализации, основу полу-

ченного материала составили наиболее тяжелые аффективные расстройства.

Наиболее высокий процент депрессивных больных выявлен в возрастной группе 50-59 лет (32,4%) и 60-69 лет (23,8%), в то время как в группе 45-49 лет он равнялся 18,6%, а в группе больных, заболевших до 45 лет и после 70 лет - соответственно 16,8% и 8,4%. Количество женщин среди всех обследованных составило 82,9% (68 человек), мужчин - соответственно 17,1% (14 больных). Представленное соотношение аффективных расстройств по возрасту и полу не отражает, на наш взгляд, истинную распространенность депрессий в популяции, а обусловлено, прежде всего, направленностью исследования и условиями сбора материала. По диагнозам больные распределились следующим образом:

1. Поздние фазы маниакально-депрессивного психоза, начавшегося в молодом или зрелом возрасте - 25 больных.

2. Поздние эндогенные депрессии, отнесенные к кругу МДП - 36 больных.

3. Инволюционная меланхолия - 10 больных.

4. Эндормные депрессии при органических (сосудистых или атрофических) заболеваниях - 5 больных.

5. Шизофренические депрессии - 4 больных.

6. Диагностически неясные депрессии - 2 больных.

По синдромологической структуре депрессивные расстройства были представлены следующим образом:

1. Относительно "простой", преимущественно заторможенный, апатически-депрессивный синдром - 12,8%.

2. Относительно "простой", ажитированный, тревожно-депрессивный синдром - 30,4%.

3. Параноидно-депрессивный синдром - 14,6%.

4. Ипохондрический синдром - 14,0%.

5. Неврастенический, вегетативно-дистонический синдром - 10,2%.

6. Фобический, ананкастически-депрессивный синдром - 6,0%.

7. "Органически" окрашенные (слезливые, вяло-апатические и т.п.) депрессии - 6,4%.

8. "Сенильноподобные" депрессии (угрюмо-ворчливые, диффузно-параноидные - 4,4%.

9. Прочие депрессивные синдромы (с шизофреническими симптомами, с преобладанием навязчивостей и др.) - 1,2%.

Относительная частота различных депрессивных синдромов в разные периоды позднего возраста была следующей: в возрастной группе

до 45 лет частота простого заторможенного и ажитированного тревожно-депрессивного синдрома встречалась сравнительно одинаково - 24,2% и 25,8%, далее следовал неврастенический, вегетативно-дистонический синдром - 12,6%, ипохондрический - 10,4%. Наименее часто в этой возрастной группе встречался параноидный синдром - 2,2% случаев. "Органически" окрашенного, слезливо-апатического синдрома среди обследованных больных в возрасте до 45 лет не отмечено.

В возрастной группе 50-59 лет наиболее часто встречался ажитированный, тревожно-депрессивный синдром - 32,4%. Следующим по частоте встречаемости следовал заторможенный тоскливо-депрессивный синдром 16,8%. Частота параноидно-депрессивного синдрома в данной возрастной группе выросла до 16,6%, "органически" окрашенного - до 14,2%.

В группе больных 60-69 лет частота ажитированного тревожно-депрессивного синдрома еще более возрастает - 32,8%. Далее следует параноидно-депрессивный синдром - 28,8%. Частота заторможенного апатически-депрессивного синдрома в этой возрастной группе не превышала 12,4%. "Органически" окрашенные депрессии имели место в 8,2% случаев. Значительное место в этой группе больных занимала ипохондрическая депрессия - 12,4%.

Возрастная группа 70 лет и старше была представлена преимущественно "органически" окрашенными и "сенильноподобными" депрессиями - 36,4%, параноидно-депрессивными проявлениями - 24,8%. Ажитированный тревожно-депрессивный и заторможенный апатически-депрессивный синдромы встречались соответственно в 14,2% и 8,6% случаев.

Выявлены следующие клинические особенности каждого из представленных типов депрессий в позднем возрасте.

Поздние депрессивные фазы МДП, начавшегося в молодом или зрелом возрасте, отличались в целом типичностью депрессивных проявлений, витальным характером аффективной симптоматики, четкостью суточных колебаний настроения. Такие симптомы как нарушения сна, аппетита, изменения веса, запоры и т.д. у этой группы больных наблюдались почти во всех случаях. Аффект по структуре в большинстве случаев соответствовал тоскливому или тревожно-тоскливому вариантам. Увеличение возраста больных сказывалось на повышении выраженности как тревоги, так и тоски. Установлена более частая встречаемость явлений физической и умственной истощаемости, а также эмоциональ-

ная неустойчивость. Типичные для эндогенной депрессии ранние утренние пробуждения у больных в позднем возрасте сопровождались затруднениями засыпания и интрасомническими нарушениями.

Аффективно-бредовые проявления у больных этой группы даже в случае относительной полиморфности клинической картины заболевания носили рудиментарный характер и не выходили за рамки депрессивного круга. В ряде случаев с течением возраста присоединялись различной степени выраженности ипохондрические симптомы. В других случаях наряду с эпизодически возникающими телесными сенсациями, сенестопатиями на фоне тревоги и тревожными опасениями о наличии тяжелой болезни, отмечался выраженный депрессивный аффект (чаще тревожный либо смешанный) с чувством безысходности, идеями самообвинения, греховности, обнищания, достигающими бредового уровня.

Среди больных этой категории преобладали лица с циклоидной конституцией, а также с чертами реактивной аффективной лабильности.

Депрессивные расстройства в рамках МДП, впервые возникшие в позднем возрасте, условно можно подразделить на две возрастные группы: МДП пресенильного возраста и МДП сенильного возраста. В структуре личности больных пресенильной группы преобладали циклоидные и тревожно-мнительные радикалы. Однако заметных снижений настроения в прошлом они, как правило, не отмечали. В большинстве случаев начало заболевания было обусловлено либо незначительной психогенией, либо спровоцировано тем или иным соматическим заболеванием. В период заболевания больные этой категории отличались назойливостью, повышенной говорливостью и эмоциональностью, они были насторожены и предполагали у себя наличие какого-либо соматического расстройства. В клинической картине депрессии преобладал тревожный аффект. В отдельных случаях имело место нарастание ипохондричности с усилением телесных сенсаций. Высказывания о наличии неизлечимого заболевания достигали уровня сверхценных идей с выраженной тревогой, явлениями ажитации на высоте приступа. Суточные колебания аффекта носили выраженный характер. Первые приступы были более тяжелыми по выраженности депрессивной симптоматики и менее "чистыми" по клинической представленности. Последующие приступы были менее тяжелыми и более типичными. У подавляющего большинства больных отмечено высокое качество ремиссии.

Депрессивные приступы в рамках МДП, начавшиеся в возрасте 65 лет и старше, отличались наличием тревожной и тревожно-бредовой симптоматики. Тревога по фабуле была конкретна и чаще всего, как и у больных пресенильной группы, была направлена на личность больного. В целом симптоматика отличалась полиморфизмом. Периоды тревоги и двигательной расторможенности чередовались с периодами заторможенности. На высоте ажитации отмечалась склонность больных к самоистязанию. Для этой группы больных было характерно наличие бредовых идей депрессивного круга различного содержания (чаще самообвинения, осуждения, гибели). Ипохондрические расстройства в отдельных случаях по структуре приближались к бреду Котара. Крайне рудиментарны и относительно редки у больных сенильного возраста были бредовые идеи преследования и отношения. Первые фазы заболевания требовали дифференциации от приступа поздно манифестирующей шизофрении. Однако преобладание аффективной симптоматики, полный выход из психоза, качественные ремиссии и отсутствие прогрессивности, позволяли относить эти расстройства к маниакально-депрессивным, начавшимся в позднем возрасте.

Лишь у некоторых больных в межприступном периоде наблюдалось наличие остаточной депрессивной симптоматики в виде легкой тревоги (в отдельных случаях с суточной зависимостью), эмоциональной напряженности и опасений за здоровье.

В большинстве случаев преморбид у больных этой группы расценивался нами как преимущественно гипертимный в сочетании с самыми различными включениями: истероидными, паранойяльными, стеничными. Астенические личностные черты фактически полностью исключались.

Клиническая картина инволюционных меланхолий характеризовалась преимущественно тревожно-бредовой депрессией. Основным отличием параноидной депрессии от бредовых расстройств при других возрастных заболеваниях, а также шизофрении состояло в стойких идеях самообвинения. В противоположность другим бредовым больным больные инволюционной бредовой меланхолией не чувствовали себя безвинно преследуемыми, а считали, что их преследуют потому, что они виноваты и имеют "что-то на совести", нарушили моральные, религиозные или социальные нормы. В отличие от больных параноидной шизофренией эти больные, как правило, не выступали против своих