

Итак, мы сначала рассмотрели значение для социального (да и клинического) прогноза факторов, являющихся преимущественно экстреморбидными. В качестве экстреморбидных факторов клинического и социального прогноза можно назвать, помимо рассмотренных, и другие. Имеются некоторые основания принимать здесь во внимание особенности и наследственной отягощенности, и преморбидного склада личности. Так, психозы у родственников чаще встречаются в прогностически менее благоприятной группе больных с полисиндромальными психозами ($20,0 \pm 3,0\%$), чем у пациентов с аффективными приступами: полярное депрессивное течение — $11,2 \pm 2,0\%$, биполярное — $12,1 \pm 4,0\%$. Особенно часто затяжное течение депрессии приобретают у лиц с тревожно-мнительным преморбидом; короткие (до 1 мес) депрессии чаще всего обнаруживаются у эпилептоидных, эксплозивных личностей. В группе реактивно спровоцированных депрессий затяжные формы встречаются чаще ($10,0 \pm 1,5\%$), чем в группе спонтанно возникающих депрессий ($3,8 \pm 0,5\%$).

И, наконец, сделан вывод о значении для прогноза терапии. В современный период под влиянием массовой интенсивной психофармакотерапии появляется тенденция к уменьшению удельного веса затяжных форм депрессий, но возрастает частота рецидивов, доля депрессивных состояний психотического уровня (с присоединением болезненных переживаний, выходящих за рамки собственно депрессивного синдрома).

Естественно, социальные возможности больных в большой степени зависят от особенностей патологии: социальный прогноз тем благоприятнее, чем легче психическое заболевание. Так, наименьший процент инвалидов по психическому страданию определяется в группе пациентов с монополярным депрессивным течением страдания ($4,6 \pm 1,3\%$), наибольший — при биполярном развитии ($19,7 \pm 4,9\%$) и особенно при полисиндромальных психозах ($26,1 \pm 3,3\%$). При психотичес-

ком уровне расстройства число больных, не имеющих инвалидности, значительно меньше ($36,4 \pm 2,7\%$), чем в группе пациентов с непсихотическим характером патологии ($48,4 \pm 3,6\%$); инвалидов по психическому заболеванию показательнее больше в первой группе ($20,9 \pm 2,3\%$), чем во второй ($3,2 \pm 1,3\%$). Характер патологии, ее тяжесть сказываются на всех формах социального функционирования больных: не только на социально-трудовой, но и на семейно-бытовой адаптации, на частоте и особенностях общественно опасного поведения.

Таким образом, на примере психических болезней, протекающих с депрессией, можно заключить, что социальный прогноз в психопатологии обусловлен множеством факторов: и клинко-биологических, и социальных, и связанных непосредственно с патологией, и экстреморбидных. Выступают они в комплексе, взаимосвязанно, изменяясь в ходе взаимодействия. При этом клинко-биологические факторы могут получать социальное звучание, как бы «социализироваться». Степень и характер социализации клинко-биологического различны в разные исторические периоды. Это необходимо принимать во внимание при рассмотрении прогноза в исторически хронологической динамике, при оценке влияния современного ведения больных на их судьбу. Изложенные факторы социального прогноза должны учитываться в лечебно-профилактической работе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жариков Н.М., Либерман Ю.И. Стандартизованные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией: (Метод. письмо). — М., 1970. — 75 с.
2. Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний: (Стат. исследование). — Рига, 1988. — 235 с.

Поступила 27.09.93

УДК 616.8-009.83:616.895.87:616.895.4

Г.Н. Носачев, В.С. Баранов

ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ САМОСОЗНАНИЯ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗАХ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Кафедра психиатрии (зав. — проф. В.А. МАДОРСКИЙ) Самарского государственного медицинского университета

Р е ф е р а т. Представлены результаты подробного феноменологического анализа нарушений самосознания при эндогенных психозах у целого ряда пациентов, обследовавшихся у авторов работы в течение последних 15 лет. Данные оцениваются в свете их значения для реабилитации. Делается вывод о том, что успех реабилитационных мероприятий через формирование у больных наиболее адекватной самооценки можно скорее всего ожидать при нажитых и лабильных изменениях самосознания в случаях маниакально-депрессивного психоза и периодической шизофрении.

Г.Н. Носачев, В.С. Баранов

ЭНДОГЕН ПСИХОЗЛАР ВАКЫТЫНДА БУЛА ТОРГАН АҢ ҮЗГӘРЭШЛӘРЕНЕҢ РЕАБИЛИТАЦИЯЛӘУ ЧАРАЛАРЫ ӨЧЕН ӘҢӘМИЯТЕ

Мәкаләдә авторларның соңгы 15 ел эчендә эндоген психоз белән авырчуларның аңындагы үзгәрешләргә анализлау нәтиҗәләре китерелгән. Бу мөгълүмәтләр реабилитация өчен әһәмиятле. Йомгаллап шуны әйтәргә

кирэк, реабилитацияләу чаралары авыруларда маниакаль-депрессив психоз һәм вакытлы шизофрения булганда ешрак уңышка китерә.

G.N.Nosachev, V.S.Baranov

REHABILITATION MEASURES WITH PATIENTS
HAVING SELF-CONSCIOUSNESS DISORDERS
AS CONSEQUENCES
OF ENDOGENOUS PSYCHOSES

The results of detailed phenomenological analysis of self-consciousness disorders as consequences of endogenous psychoses are presented: the authors have examined a large number of patients within the last 15 years. The data have been evaluated in view of their role in rehabilitation. The conclusion has been made that the success of rehabilitation measures through formation of the most adequate self-appraisal in patients with acquired and labile alterations of self-consciousness is more probable in those with manic-depressive psychoses or periodical schizophrenia.

До сих пор идет дискуссия о том, что, собственно, является предметом реабилитации психически больных — организационно-социальные и организационно-методические аспекты или же и клиничко-феноменологические аспекты «клинической» психиатрии. В отечественной психиатрии усилиями М.М. Кабанова [1, с. 24] эта дискуссия практически разрешена: «В связи с этим противопоставлять, даже терминологически, «клиническую» психиатрию было бы, на наш взгляд, неправильно».

Целью настоящего сообщения является феноменологический анализ нарушений самосознания при эндогенных психозах (маниакально-депрессивный психоз, приступообразная шизофрения), проведенный на основании обширных клиничко-психопатологических и медико-психологических данных, собранных коллективом психиатров кафедры на протяжении 15 лет [4, 6, 7, 10, 14], и определение их значения для этапов реабилитации.

Трудности феноменологической классификации патологии самосознания обусловлены в большей мере тремя основными причинами: 1) очевидной сложностью феномена психоза как такового, а эндогенных психозов особенно; 2) существенной неразработанностью собственного понятийного аппарата клинической психиатрии, с помощью которого описывается феноменология; 3) малой тенденцией привлечения других методов исследования психической патологии (экспериментальная патопсихология, психология личности и т.д.). Между тем именно использование патопсихологического метода и включение его на разных этапах клиничко-динамического анализа болезни создает возможность более глубокого феноменологического изучения нарушений самосознания.

К началу наших исследований (80-е гг.) в отечественной психиатрии заметное положение занимало учение о деперсонализации [5] с подразделением на чувственную, идеатор-

ную и анестетическую сферы; на сомато-психическую, ауто- и аллопсихическую деперсонализацию. Параллельно с нашими исследованиями шло выделение и уточнение вариантов интрапсихических расстройств феноменологии нарушений самосознания, но только клиническим методом [11].

Определяющими при анализе были три утверждения. Во-первых, положение И.С. Кона [3], согласно которому самосознание является следствием и одновременно условием функционирования «Я», отсюда — изменение сознания «Я», его составляющих, что отражает самосознание в целом; во-вторых, учитывалось, что в тщательный клиничко-психопатологический структурно-динамический анализ проявлений заболевания включаются и изменения самосознания; в-третьих, медико-психологические (патопсихологические) исследования составляющих самосознания не только не противоречат, а существенно дополняют феноменологический анализ, позволяя развести симптомы и синдромы самосознания. Введенные критерии К. Ясперса [13] и типология Вернике — Ханга соответственно указывают на принцип образования деперсонализации и типы поражения уровня самосознания. В более широком понимании, к сознанию личности (самосознанию) относятся все содержание психической деятельности, ее развитие, отношение к внешнему и внутреннему миру, социальные и культурные связи. В таком широком понимании, самосознание изменяется при любом психическом заболевании [11].

Помимо клиничко-психопатологического структурно-динамического анализа, в исследовании были включены патопсихологические методики, в том числе разработанные на кафедре методика «условного двойника» в трех ее вариантах [4, 6], методики самооценки [7], методика исследования «образа Я», в том числе модифицированные нами [6–8, 10]. Переживания больного, составляющие картину болезни, при использовании всех вышеуказанных методик оценивались в такой последовательности: 1) регистрация; 2) оценка; 3) интерпретация; 4) эмоциональная реакция; 5) критика [4, 6]. Принимались во внимание также континуитальные и дисконтинуитальные представления о природе психотического и соответственно непсихотического (невротического) разграничения с учетом полярности: норма — патология, здоровье — болезнь, структурированная — деструктурированная личность.

В ходе исследования уточнены и выделены следующие расстройства самосознания [8–10].

Нарушение самосознания витальности — неполнота, снижение или утрата чувства собственной жизненности. На психотическом уровне — это полная блокада переживаний от апатии, утрата чувства своего существования, выраженная психическая анестезия,

«отчуждение чувств» [13], «чувство бесчувствия» [15], «паралич Я» [12], утрата уверенности в том, что больные еще живут, что они еще есть и существуют; на непсихотическом — ослабление переживаний телесной жизнедеятельности, физического благополучия, комфорта, удовлетворения от телесного существования.

Расстройство самосознания витальности представляет особую форму нарушения физического и психического «образа Я», приводящего к дезорганизации всей психической деятельности и входящего в той или иной выраженности в другие расстройства самосознания.

Нарушение самосознания активности (произвольности) — чувство затруднения, замедления, ослабления произвольности интенции мышления, восприятия, чувств, моторики. Субъективно затруднены повседневные ощущения, восприятия, решения, речь, действия, что наиболее характерно для непсихотического уровня. На психотическом уровне расстройство самосознания активности достигает редукции энергетического потенциала и снижения уровня личности.

Нарушение осознания единства (целостности, простоты) «Я» проявляется расстройством себя как единого неразрывного целого, восприятием нарушения прежней простоты и привычности своего психического и физического существования, принадлежности «гармонии души и тела». На непсихотическом уровне расстройство самосознания единства отчетливо выражено на уровне субъективного, объективного «Я» и дисгармонии личности; на психотическом отчетливо представлено как в дисгармонии личности, так и в редукции энергетического потенциала.

Нарушение осознания идентичности (постоянства) «Я» — неуверенность, изменчивость, отдаленность, непостоянство «Я» в данный момент в сравнении с прежним «Я», сознание настоящего существования. При субъективном и объективном изменении «Я» возникает отдаленность «Я» больного, его «туманность», «расплывчатость» — непсихотический уровень; при психотическом — исчезает уверенность в собственном существовании, включая бредовое перевоплощение, ипохондрический и депрессивный раптус, сложную «двойную ориентировку» при онейроиде.

Изменение границ самосознания — ослабление самосознания четкости разграничения «Я — не Я», «Я — Ты», «Я — Они», между миром внутренним и внешним, миром реальным и образами, созданными аутистическим мышлением, галлюцинаторными и бредовыми переживаниями; встречается при большинстве остро развивающихся галлюцинаторно-бредовых, аффективно-бредовых синдромов помрачения сознания.

Расстройство осознания непроницаемости («секретности») «Я» — открытость внутрен-

него мира пациента, его «рассекречивание», доступность для проникновения в личностную индивидуальность, открытость и измененность привычного «образа Я», преимущественно в форме «отчуждения» [5], «нереальности», «чувства овладения» [2], «открытости» физических и психических актов. Наиболее часто это расстройство самосознания встречается в структуре острых аффективно-бредовых приступов, включающих на разных этапах галлюцинаторно-бредовые, парафренические и онейроидные синдромы.

Изменение стабильности «Я» в пространстве включает в себя как элементы дезориентировки в ситуации, дереализации и нарушения схемы тела в пространстве, которые в разной степени выраженности наблюдаются как на психотическом, так и на непсихотическом уровне. Особенно тяжелые, глубокие, фантастические, апокалиптические переживания нарушения «Я» в пространстве наблюдаются при бредовых синдромах и синдромах помрачения сознания.

Нарушение стабильности «Я» во времени — ослабление, изменение, замедление и ускорение переживания «Я» во времени, изменение непрерывности и преемственности «Я» во времени и идентичности «Я» в настоящем, прошлом и будущем. На невротическом уровне преобладают нарушения времени в будущем, на психотическом — в настоящем и прошлом [14].

Изменения транзитивности «Я» проявляются в неспособности больного перенести на себя знания о других больных, в присвоении чужой симптоматики или «отчуждении» своих переживаний от сходных у других больных, без переноса на другого больного. Расстройства транзитивности «Я» сближаются с нарушениями самооценки больного. Выделены парциальные и тотальные изменения транзитивности «Я». На невротическом уровне отмечаются более или менее выраженные парциальные изменения транзитивности «Я», преимущественно физическая, реже диссоциированная психическая транзитивность; на психотическом — преимущественно тотальные. Чем острее продуктивная симптоматика, тем глубже тотальные изменения транзитивности «Я».

Составной частью самосознания является самооценка — способность соотносить возможности личности (здоровой или больной) с реальностью восприятия личности собой или другими людьми.

С помощью патопсихологических исследований в сочетании с клинико-психопатологическим методом выделены следующие варианты изменения самооценки [8].

Пониженная самооценка заключается в равномерном снижении всех параметров психических свойств личности и частично или полностью и физических свойств «Я»,

в том числе с различных ролевых позиций и «образа Я».

Повышенная самооценка проявляется в равномерном завышении всех психических и физических параметров личности.

Диссоциированная самооценка выражается в завышении одних параметров психических свойств личности и занижении других, проявляющихся в противоречии клинико-психопатологической картины психоза.

Парадоксальная самооценка представлена противоречиями всех параметров по близким психическим и физическим свойствам личности.

«Мозаичная» оценка характеризуется относительно адекватным повышением или понижением одних параметров и противоречивым отражением других.

В «продуктивной» самооценке оценка психических и физических свойств личности и «образа Я» во многом зависит от содержания бреда, галлюцинаций, явлений психического автоматизма и онейроидных включений.

Тотальное нарушение самооценки — полное нарушение осознания различных параметров своего физического и психического «Я».

Изменения самооценки подразделены на конституциональные и нажитые [11], лабильные и стабильные [8].

При эндогенных психозах (аффективные нарушения) нажитые изменения самооценки проявляются в виде понижения в случае депрессии, повышения — при маниакальном состоянии; самооценка на невротическом уровне — нередко диссоциированная: при бредовых синдромах, с одной стороны, «продуктивная», с другой — диссоциированная, с третьей — определяется аффективными включениями; при кататоно-гебефренических синдромах — диссоциированная и парадоксальная самооценка. При эндогенных психозах, сопровождаемых негативной симптоматикой, при субъективном и объективном изменении «Я» наблюдается нажитое снижение самооценки; диссоциированная самооценка в сочетании со снижением появляется в стадии шизоидизации личности; стабильное тотальное нарушение самооценки идет при регрессе личности.

Следовательно, при эндогенных психозах независимо от их сложности и выраженности наблюдаются расстройства самосознания и самооценки. При маниакально-депрессивном психозе, когда клиника ограничивается преимущественно аффективными расстройствами — от маскированной субдепрессии и гипомании до депрессивной парафрении и разных вариантов мании, отмечены нарушения самосознания, проявляющиеся в существенных изменениях витальности, активности, идентичности «Я», в отдельных компонентах размывания границ самосознания, стабильности личности во времени и пространстве, реже свойств транзитивности,

а также понижение и повышение самооценки.

Для приступов периодической шизофрении, которые характеризуются многообразными клиническими проявлениями — от онейроидно-кататонических до аффективных и невротических синдромов, характерны все вышеописанные расстройства самосознания и самооценки, четко связанные со структурой приступа. При полиморфных приступах происходит «калейдоскопичность» этапов его развертывания, «хаотичность» и быстрое перемешивание симптомов и синдромов, включая нарушение самосознания и самооценки.

При шубообразной шизофрении отмечена четкая связь расстройств самосознания и самооценки с ведущим психопатологическим синдромом в первых приступах, а при последующих — нарастание стационарных расстройств самосознания в виде снижения активности, искажения физической и психической простоты, витальности «Я», утраты транзитивности, с диссоциированной и «мозаичной» самооценкой, указывающих на углубление изменений личности.

Учитывая эти данные, успеха реабилитационных мероприятий следовало ожидать при нажитых и лабильных изменениях самосознания в случаях маниакально-депрессивного психоза и периодической шизофрении. Наши ожидания оправдались: формирование у больных данной категории наиболее адекватной самооценки в ходе так называемой терапии «научением» [12] дало положительный результат. В то же время при конституциональных и стабильных формах у больных с шубообразной шизофренией эффективность организации реабилитационных мероприятий через феномен «научения» была явно недостаточной даже в ремиссиях.

Таким образом, изучение расстройств самосознания и самооценки в случаях эндогенного психоза позволяет не только углубить наши знания в феноменологии патологии самосознания, уточнить их присутствие и выраженность при разных психопатологических синдромах в зависимости от нозологической принадлежности, но и привести новые клинические данные в дифференциальную диагностику и терапию эндогенных психозов, разработать новые реабилитационные подходы к эндогенным психическим заболеваниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — М., 1985.
2. Кангинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. — М., 1962.
3. Кон И.С. В поисках себя. — М., 1984.
4. Клинический аспект самосознания при психических заболеваниях в связи с вопросами диагностики, лечения и реабилитации. — Куйбышев, 1982.
5. Метрабян А.А. Деперсонализация. — Ереван, 1962.

6. Методики изучения самосознания при психических заболеваниях: Метод. рекомендации. — Куйбышев, 1983.

7. Носачев Г.Н. // Новые технические решения в диагностике и лечении травм. Новое в медицине. — Куйбышев, 1981. — С.147—149.

8. Носачев Г.Н. Эндогенные депрессии и деперсонализация. — М., 1989. — Деп. в ВНИИМИ. 1989. Д. 18302.

9. Носачев Г.Н. Лечение депривацией сна эндогенных депрессий. — М., 1990. — Деп. в ВНИИМИ. 1990. Д. 20378.

10. Носачев Г.Н. Эндогенные депрессии: систематика, психопатология, терапия: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1991.

11. Снежневский А.В. // Руководство по психиатрии. — М., 1983. — Т. 1. — С. 16—96.

12. Delgado H. Curso de psiquiatria. — Lima, 1955.

13. Taspers K. Allgemeine Psychopathologie. — Berlin, 1948.

14. Nosachev G.H. // Neuroscience and Behavior. Physiology. — 1992. — Vol. 22. — P. 175—178.

15. Scharfetter Chr. Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung. — Stuttgart, 1976.

Поступила 15.07.94



УДК 616.8—009.7—085

А.А. Гамбург, А.Я. Лившиц, В.Л. Кром, Л.Б. Ямпольский

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

Кафедра психиатрии и кафедра неврологии лечебного факультета
Саратовского государственного медицинского университета

Р е ф е р а т. Приводятся данные психопатологического обследования 134 больных с хроническим болевым синдромом. Даны описания вариантов пограничной психической патологии, возникающей у лиц, страдающих ХБС, их корреляции с длительностью болевого синдрома и преморбидными личностными особенностями пациентов. Обосновываются принципы дифференцированного, с учетом структуры психических расстройств, применения психотропных препаратов у данной категории больных.

А.А.Гамбург, А.Я.Лившиц, В.Л.Кром, Л.Б.Ямпольский

ХРОНИК АВЫРТУЛЫ АВЫРУЛАРНЫҢ ПСИХИК ҮЗГӨРӨШЛӘРЕН ПСИХОФАРМАКОЛОГИК ДӘВАЛАУ

134 хроник авырту синдромы булган авыруларны психопатологик тикшеренүләр нәтижәсе китерелгән. Хроник авырту синдромы белән интегүче психик патология чигендә торучы авыруларда күзәтелә торган вариантлар һәм аларның авырту синдромының дөвәм итү вакыты һәм авыруларның шәхис үзенчәлекләре белән бәйләнеше күрсәтелгән. Психотроп препаратлар кулланды бу төр авыруларның психик үзгәрешләрен күзәтелгән күз адында тоту кирәклеге исбатланган.

L.A.Hamburg, L.Y.Livschitz, V.L.Crom, L.B.Yampolsky

PSYCHOPHARMACOTHERAPY OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN

Findings of psychopathologic examination of 134 patients with chronic pain syndrome are given. Variants of verging mental pathology, arising in persons with chronic pain syndrome, their correlation with duration of pain syndrome and premorbid personal peculiarities of patients are described. Principles of individual use of psychotropic drugs in the described category of patients, taking into account the structure of mental disorders, are proved.

ного профиля. К настоящему времени сложилось представление о хронических болевых синдромах (ХБС) как о группе клинически разнородных состояний, во многом объединяемых патологическим характером функционирования механизмов ноцицепции [3, 5, 6, 9]. Боль при этом превращается в системное страдание, действующее как активный соматопсихотравмирующий фактор, нередко ведущий к появлению у пациентов различных психических нарушений преимущественно невротоподобного регистра [2, 10, 13]. Клинический опыт показывает, что даже надежное купирование длительно существовавшего ХБС, достигаемое консервативными мероприятиями либо хирургическим путем, не всегда сопровождается исчезновением психического дисбаланса.

Этим объясняется необходимость включения в комплекс терапии таких больных психотропных препаратов. Имеются сведения об их успешном использовании преимущественно для достижения нейроседативного эффекта [1, 4, 8]. Предпринимались попытки целенаправленного воздействия на психопатологическую симптоматику в основном для купирования депрессии. При этом отмечен эффект лечения тимолептиками, которые в ряде случаев, нивелируя депрессию, тем самым уменьшали общую тяжесть проявлений ХБС [1, 12]. Вместе с тем до сих пор остается дискуссионным ряд вопросов, касающихся психопатологической структуры и динамики психических нарушений при ХБС, требуется уточнение принципов назначения психотропных средств в зависимости от особенностей психических нарушений, а также объективная оценка результатов лечения.

Хроническая боль — одна из актуальных современных клинических проблем, привлекающих внимание специалистов различ-