

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИПОЛЯРНЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН

Доц. Л. В. КОЖЕКАРУ

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDERS IN WOMEN

L. V. KOZHEKARU

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Приводятся данные исследования клинико-психологических особенностей биполярных аффективных расстройств у женщин с новых позиций — на основе изучения личностных особенностей больных.

Ключевые слова: биполярные аффективные расстройства, личностные особенности, женщины.

The findings of the study of clinical psychological features of bipolar affective disorders in women are described from a new perspective, i. e. investigation of personality features in the patients.

Key words: bipolar affective disorders, personality features, women.

Аффективные нарушения относятся к числу наиболее распространенных психических расстройств. По данным ВОЗ, около 100 млн человек в мире страдают различными депрессивными расстройствами, причем тенденцию к увеличению их частоты отмечают с середины 1970-х годов как отечественные, так и зарубежные авторы [1–3]. Этот рост происходит в основном не за счет классических, «больших» депрессий, а за счет редуцированных, дисгармоничных, измененных депрессивных состояний, которые в свою очередь обуславливаются социопсихологическими стрессорами, число которых неуклонно увеличивается в связи со сложными процессами, происходящими в современном мире и общественном сознании.

До настоящего времени не существует общей концепции аффективной патологии. Современные аффективные нарушения плохо вписываются в традиционные классификационные схемы. Депрессивные состояния стали протекать стерто, апатично, они представляют большую опасность в плане риска суицида [4–7]. Это диктует необходимость поиска новых путей повышения качества оказываемой больным помощи, а следовательно, и новых подходов к аффективной патологии. Требуется оценка не только симптомов заболевания, но и комплекса взаимосвязанных социальных, личностно значимых вопросов и проблем, общего состояния организма больного, его адаптационных ресурсов и возможностей их реализации. Не меньшее значение имеют изучение структуры и специфики аффективной патологии в современных условиях, выявление личностных особенностей больных, их взаимосвязи и взаимовлияния.

В настоящем сообщении представлены результаты исследования с новых позиций, а именно на основе изучения личностных особенностей, клинико-психологических закономерностей протекания биполярных аффективных расстройств у женщин. Были обследованы 76 пациенток с этой патологией, включая биполярное аффективное расстрой-

ство как таковое (F31.30) и циклотимию (F34.0). Из них у 33 имелись личностные расстройства.

Больные были в возрасте от 19 до 48 лет. Больные старше этого возраста не включались в число обследованных в связи с возможностью у них органической (сосудистой) патологии. Среди больных преобладали лица, занятые умственным трудом.

Клиническое обследование включало изучение жалоб, анамнеза жизни и болезни, преморбидных особенностей личности, психологического, соматического и неврологического состояния больных женщин. Личность изучали с позиции наиболее принятых в психологии концепций деятельности А. Н. Леонова, отношений В. С. Мяснищева и общения А. А. Бодалева.

Больные были разделены на две группы согласно диагностическим критериям DSM-IV и МКБ-10. В первую группу вошли 43 (56,6%) женщины с биполярным аффективным расстройством без личностных расстройств, во вторую — 33 женщины (43,4%), у которых были диагностированы те или иные расстройства личности. В каждой группе выделены подгруппы на основании наличия либо отсутствия личностных расстройств, кодируемых по оси II, поскольку в работе была использована многоосевая система DSM-IV. Личностные расстройства носили смешанный характер и относились к одному кластеру (антисоциальное и пограничное, пограничное и гистрионическое) — кластеру В (67%), либо имели признаки личностных расстройств из разных кластеров (пограничное и шизоидное) — кластеры В и А (33%).

У всех пациенток имели место повторные (более двух) эпизоды аффективных расстройств, во время которых настроение и уровень активности значительно нарушались. Эти изменения в разные периоды болезни носили характер либо мании (гипомании), либо депрессии. Между приступами отмечалось практически полное выздоровление. Маниакальные эпизоды продолжались в среднем около 4 мес, эпизоды депрессии — 6 мес и более. И те, и другие

эпизоды часто, хотя и не обязательно, возникали после стрессовых ситуаций или психических травм.

Клиническое обследование находившихся под нашим наблюдением больных позволило выявить следующую картину течения заболевания.

Состояние пациенток первой группы, у которых было диагностировано биполярное аффективное расстройство и циклотимия по оси I, в период мании определялось возбуждением, точнее возбудимостью, нараставшей в ситуациях, в которых имело место много раздражителей, и характеризовалось многоречивостью, повышением общительности, легкомыслием, стремлением шутить, веселиться, обратить на себя внимание, выделиться и отсутствием самоконтроля.

Маниакальный аффект выражался в повышенном настроении и характерном витальном ощущении силы, энергии, бодрости, ясности мышления; в зависимости от тяжести мании он проявлялся в диапазоне от легкого повышения настроения до экстатического ощущения счастья. У части больных маниакальный аффект сочетался с гневливостью, раздражительностью, которые были достаточно лабильны: они легко возникали, но относительно быстро ослабевали. У таких больных наблюдалась также низкая толерантность к фрустрации, что приводило к вспышкам ярости и враждебности.

Когнитивная функция в маниакальном состоянии характеризовалась неограниченным и ускоренным потоком идей, причем часто была нарушена речь. В большинстве случаев маниакальный аффект, ускоренный темп мышления и отвлекаемость были выражены в одинаковой степени. По мере того как мания усиливалась, формальные и логические правила речи отвергались, она становилась громкой, быстрой, полной каламбуров, шуток, рифм, игры слов. При дальнейшей активизации процесса ассоциации становились неадекватными, способность к концентрации внимания снижалась, уступая место полету мысли, словесной окрошке и неологизмам. Содержанием мыслительного процесса становились идеи самовосхваления и самоуверенности.

Перцептивные расстройства отмечались у 62,5% больных первой группы. Конгруэнтный настроению маниакальный бред касался высоких достоинств, способностей или силы, которыми якобы обладала больная.

Моторные расстройства, характерные для мании, проявлялись в виде двигательного возбуждения. В целом при умеренно выраженной мании деятельность больных носила целенаправленный и продуктивный характер и лишь при достаточно тяжелом состоянии утрачивала его. Типичным признаком двигательного возбуждения было отсутствие утомления или его незначительность по сравнению с той затратой физической энергии, которой сопровождалась деятельность пациентки.

Сомато-вегетативные нарушения проявлялись в виде симпатикотонии (учащения пульса, дыхания и т. д.). Характерными были нарушения сна вплоть до бессонницы, не вызывавшей, однако,

чувства разбитости и слабости по утрам, ощущение «невыспанности».

Клинические проявления маниакальных состояний отличались также резким повышением сексуальной функции: у большинства больных имели место гиперлибидемия, сексуальная гиперестезия, мультиоргазмия и у всех — повышение сексуальной активности и сексуальная расторможенность, приводившая к забвению нравственных и этических норм поведения.

В результате обследования у 1/3 больных выявлено преобладание черт навязчивости.

Общее состояние пациенток первой группы в период депрессии определялось депрессивным настроением, лежавшим в основе «депрессивного мироощущения», которое определяло мышление и поведение больных. Утрата интересов и побуждений порождала ощущение бессмысленности существования, снижения энергии, затруднений в принятии решений и вызывала чувство бессилия и безнадежности.

В свою очередь эмоциональное состояние женщин определялось депрессивным настроением. Доминировал тоскливый аффект, окрашивавший все в мрачные тона; диапазон его был велик — от легкой подавленности, грусти, депримированности до глубокой тоски, при которой больные испытывали тяжелое чувство бесперспективности, безысходности, никчемности существования, пронизанное темным, тягостным витальным ощущением общего неблагополучия.

Когнитивная функция больных в период депрессии характеризовалась замедлением темпа и снижением продуктивности. Наблюдалось упрощение структуры ассоциаций, некоторое сужение объема свободных ассоциаций. Содержанием мыслей обычно являлись небредовые размышления о потерях, своей вине, суициде и смерти. Можно было отметить своеобразную инертность мышления: любое интеллектуальное усилие, напряжение казалось больным непреодолимой трудностью, и они ощущали себя поглупевшими. Значительные изменения происходили в мотивационной сфере — снижение уровня мотиваций, утрата интереса почти ко всему, что раньше было для них значимо.

Перцептивные расстройства имели место у половины больных, проявляясь в виде конгруэнтного настроению бреда, — это был бред виновности, греховности, собственной никчемности.

Моторная заторможенность проявлялась в замедлении темпа речи, движений, вялой реакции на раздражители, в отсутствии спонтанных движений, скудной мимике. Больные жаловались на вялость, слабость; большую часть времени лежали или сидели.

Сомато-вегетативные нарушения, характерные для депрессии, отмечались у всех обследованных и являлись следствием периферической симпатикотонии. Наблюдалось снижение аппетита и массы тела, нарушения менструального цикла, а также нарушение (ослабление) всех компонентов сексу-

альности: гипо- или алибидемия, сексуальная гипестезия, гипо- или аноргазмия, чаще всего (в 73% случаев) сочетавшиеся между собой; кроме того, характерными были снижение сексуальной активности и отказ от половых актов, а у некоторых женщин в период обострения заболевания возникала сексуальная аверсия. Имели место также нарушения сна в виде раннего утреннего просыпания (так называемая терминальная инсомния) и частых пробуждений по ночам, во время которых больные были заняты «переживанием» своих проблем.

При клинико-психологическом исследовании личностных свойств больных с депрессией у 70% из них были выявлены преобладание интровертированности и признаки невротизации.

Во второй группе обследованных всем пациенткам был поставлен диагноз циклотимия по оси I и смешанное личностное расстройство по оси II, что соответствует данным литературы [1]. Известно, что классическими работами Крепелина, а позднее Шнейдера, было установлено, что 1/3 больных с расстройствами настроения страдают и расстройствами личности.

Во второй группе все больные отмечали начало заболевания, протекавшего в виде частых и резких смен настроения, с подросткового возраста.

Общее состояние больных данной группы определялось наличием личностных расстройств — у них имели место глубоко укоренившиеся, негибкие, дезадапционные паттерны как в отношении к окружающей обстановке, так и в восприятии ее и самих себя. На этом фоне отмечались резкие перепады настроения с ощущением утраты контроля и крайней импульсивностью. Все пациентки неоднократно предпринимали суицидные попытки.

Эмоциональное состояние женщин характеризовалось неустойчивостью, частыми, иногда в течение нескольких часов, непредсказуемыми сменами настроения. Выявлялась симптоматика, характерная как для депрессивных, так и для маниакальных эпизодов, которую больные обозначали словами «хорошие и плохие времена». «Хорошие» дни отличались чувством воодушевления, вдохновения, чрезмерной самоуверенностью, повышенной оценкой своей социальной значимости, неразборчивыми межличностными кон-

тактами и обостренным мышлением. В «плохие» дни отмечалась сонливость, отсутствие энергии, уверенности в себе, тягостные раздумья о своей роли и месте в жизни. Почти у всех больных можно было отметить периоды смешанной симптоматики с выраженной раздражительностью, враждебностью и агрессивностью, которые часто были предвестниками возвращения к «плохим временам». Хотя симптоматика таких периодов очень близка к той, которая отвечает критериям для маниакальных и депрессивных эпизодов, она была недостаточно выражена, чтобы был поставлен диагноз биполярного расстройства.

Характерным для рассматриваемой группы больных было злоупотребление алкоголем, наркотиками, лекарственными препаратами. Анамнез жизни изобиловал частыми сменами социального статуса, семейного положения, круга общения, религиозных убеждений.

Результаты проведенных исследований подтверждают мнение о коморбидности аффективных расстройств с расстройствами личности [6, 8, 9].

Клинический анализ позволил установить, что у пациенток с личностными расстройствами депрессии были менее тяжелыми и продолжительными, но их прогноз в плане клинического выздоровления и социальной адаптации был менее благоприятен по сравнению с пациентками без личностных расстройств. При обследовании через 2 года после проведенного курса лечения у них можно было отметить тенденцию к повторному поступлению в клинику, сохранение высокого суицидного риска и ухудшение качества жизни.

В целом полученные в исследовании данные позволяют сделать заключение, что клиническая картина аффективных расстройств зависит от личностных особенностей пациента и выражена в тем большей степени, чем меньше глубина депрессии. Аффективные нарушения развиваются у лиц со смешанными и гистрионическими личностными расстройствами.

Выявленные закономерности открывают возможность расширить и уточнить диагностику аффективных нарушений и разработать систему их дифференцированной психотерапевтической коррекции.

Л и т е р а т у р а

1. Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. О. Б. Смулевича.— М.: РАМН НЦПЗ, 1997.— 310 с.
2. Депрессивные расстройства / И. И. Кутько, В. А. Стефановский, В. И. Букреев, Л. Ф. Шестопалова.— Київ, Здоров'я, 1992.— 130 с.
3. Rendon M. ARA Annal. Meeting.— 1994.— № 4.— Р. 21–31.
4. Михайлов Б. В. Массовые нарушения психической сферы у населения // Укр. вісн. психоневрології.— 1995.— Т. 3, вип. 1.— С. 24–25.
5. Наприенко А. К., Латман Н. Депрессивные расстройства в общесоматической практике // Журн.

психиатр. и мед. психологии.— 2002.— № 1 (9).— С. 46–49.

6. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия.— Харьков: Торнадо, 2003.— 350 с.
7. Марута Н. А. Современные депрессивные расстройства // Укр. вісн. психоневрології.— 2001.— Т. 9, вип. 4 (29).— С. 79–82.
8. Осолкова С. Н. Депрессивные состояния в общемедицинской практике.— М.: Крон-Пресс, 1996.— 187 с.
9. Ситицкий В. Н. Депрессивные состояния.— К.: Наукова думка, 1986.— 272 с.

Поступила 28.04.2006