

вития психиатрии представляется актуальным видоизменение клинической картины шизофрении, в особенности параноидной формы, удельного веса тех или иных синдромов и симптомов.

Целью исследования явилось установление клинических, синдромологических характеристик у женщин с параноидной шизофренией шубообразным и непрерывным типами течения.

Материал и методы.

Клинико-психопатологическим методом было обследовано 50 женщин с шизофренией, находившихся на лечении в отделении № 6 ОКПБ на период 2011-2012 гг. Средний возраст больных составил $32,2 \pm 2,4$ года, 63% обследованных имели среднее специальное образование, в браке состояли 46%, 58% были инвалидами по психическому заболеванию. Среди обследованных больных с шубообразной шизофренией было 88%, из них депрессивно-бредовый приступ отмечался у 94%, маниакально-параноидный приступ – у 6%. Шизофрения, параноидная форма, непрерывно - прогрессирующий тип течения был диагностирован в 12%.

Результаты исследования.

Самой частой тематикой бредовых идей являлись идеи отношения (75%), преследования (11%), особого значения (8%), физического и психического воздействия (6%). Бред отношения и особого значения чаще возникал в начале заболевания. В окружающем мире больные усматривали угрозу для себя, отмечали изменение отношения к ним на работе. По бредовому начинали интерпретировать различные ситуации, с последующим формированием бреда преследования и воздействия. Больные были убеждены, что являются постоянным объектом пристального наблюдения враждебных им людей. В последнее время по характеру воздействия у больных чаще стала отмечаться фабула «колдовства, магии, сглаза» (10%). Уменьшается выраженность психических автоматизмов, кроме идеаторного компонента, снижается частота встречаемости обонятельных и вкусовых обманов восприятия. Бред порчи и колдовства нередко возникал у лиц с высшим образованием. Значительно увеличился удельный вес бредовых идей религиозного содержания, что в первую очередь связано с изменением социальных ориентиров.

Маниакально-параноидный синдром чаще всего характеризовался бредом величия (62%), изобретательства (17%) и любовный, эротический бред (32%). Нередко отмечалась неадекватность эмоциональных реакций, психомоторное возбуждение.

У обследованных больных преобладали аффективно-бредовые расстройства, преимущественно депрессивно-бредовая симптоматика. Депрес-

сивные расстройства характеризовались чувством безысходности (48%) со страхом перед будущим, бредовыми идеями виновности (54%), греховности (18%), ипохондрического содержания (32%). Отмечается нарастание в структуре клинико - психопатологической картины аффективных расстройств, в том числе тревожных депрессий, что должно найти отражение в будущей классификации психических расстройств. В начале заболевания бредовые идеи касались конкретных лиц и обстоятельств, чаще всего близкого окружения пациента, а в дальнейшем становились более систематизированными и стойкими. При дальнейшем прогрессировании шизофрении бредообразование основывается на аутистических переживаниях пациента, связь с реальной жизнью все больше утрачивается. В структуре аффективных расстройств ведущим являлись тревога, напряженность и подозрительность.

Таким образом, можно сделать вывод о наблюдающемся на современном этапе клинико-психопатологическом патоморфозе параноидной шизофрении у женщин, что отражает многие грани социальной жизни человека в обществе.

СУДЬБА ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕРОДОВУЮ ДЕПРЕССИЮ

С.В. Совков

Тюменская ОКПБ, г. Тюмень, Россия

Послеродовой период по многим психосоциальным параметрам можно отнести к группе состояний, сопровождающихся высокой стрессовой нагрузкой. Среди факторов, воздействующих на психический статус женщин, безусловно, главным является появление ребенка и начало формирования отношений в диаде «мать-дитя».

Важное значение имеют изменения (чаще повышение) уровня и характера (циркадного ритма) физической нагрузки, изменение гормонального статуса.

Различное сочетание, а так же степень субъективной значимости этих факторов у многих женщин определяет формирование психических нарушений, частота которых в послеродовом периоде составляет по данным различных авторов от 10-20% (Bersani G. и соавт., 2006) до 60-80% (Смулевич А.Б., 2001; Beck C, 2002; Teissedre F., 2004), что указывает на неоднозначный характер психических нарушений, и различные подходы в оценке регистрируемых изменений отдельными психиатрическими школами.

Известно, что характер психопатологических проявлений у женщин может варьировать от легких, длящихся несколько дней, депрессивных, нередко с тревожным оттенком симптомов, до выраженных психотических полиморфных нарушений. Наиболее типичным считается спонтанное развитие депрессивных нарушений со 2 по 6-й месяцы после родов (Мазо Г.Э. и соавт., 2007).

Большой интерес представляет дальнейшая судьба женщин, перенесших послеродовую депрессию. Клинические наблюдения показывают, что матери, перенесшие послеродовую депрессию, в последующем подвержены повышенному риску развития депрессивного расстройства.

Приводим наблюдение из клинической практики, в котором показана дальнейшая судьба женщины обратившейся к психиатру по поводу послеродовой депрессии в 1983 году.

Пациентка Анна В., 55 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена, самоубийством покончили дядя и тетя по линии матери. В 2001 г. перенесла ЧМТ с потерей сознания (была сбита машиной), с прохождением обследования и лечения в круглосуточном неврологическом стационаре. Неоднократно получала удары по голове, наносимые мужем, из них последний весной 2007 г., с потерей сознания. Получала амбулаторное лечение в поликлинике. Из перенесенных заболеваний: Артериальная гипертония 1 стадии, ст. 2, риск 2, декомпенсация. ХСН 1. ФК 2.

Родилась в Брянской области, с. Партизанское, в семье рабочих. Является третьей из пяти детей. От сестры знает, что отец выпивал и бил мать, когда она была беременной. Родилась дома, роды принимала бабушка. Воспитывалась в домашних условиях. В школу пошла в возрасте 7 лет, училась хорошо, имела математический уклон, принимала участие в олимпиадах. Жалоб на здоровье не было. По характеру с детства общительная, но обидчивая. Мечтала стать врачом. Закончила 10 классов школы и поступила в медучилище, но по настойчивой просьбе подруги перешла в кооперативный техникум. Техникум не закончила, так как торговля не нравилась. Перешла в училище связи, которое закончила и получила специальность электромонтажника. По распределению уехала в г. Благовещенск, работала на междугородней станции. Работа нравилась, проживала на объекте. В 1980 г. приехала в г. Тюмень. Работала на междугородней станции электромонтажником в течение продолжительного времени. В 1997 г. была сокращена с работы, в связи с закрытием предприятия. В дальнейшем работала кассиром в различных магазинах. С 2005 г. работает продавцом у индивидуального предпринимателя.

Месячные с 16 лет, установились не сразу, продолжительностью 3-4 дня, через месяц. С января 2011 года месячные стали нерегулярными, последние были в мае месяце. Перед началом месячных становилась агрессивной, появлялась раздражительность. Беременностей 5, родов 2, остальные аборты.

Замужем с 21 года, от брака имеет двух детей. В первые десять лет брака, отношения описывает как идеальные, в дальнейшем ситуация ухудшилась, муж стал изменять. Об изменах ей сообщали знакомые, соседи. Пыталась воздействовать на мужа, но все ее попытки приводили к скандалам и побоям. Со слов пациентки: «терпела и жила ради детей». В настоящее время проживает с мужем, дети живут отдельно. Отношения описывает как холодные, по несколько дней могут не разговаривать, или обмениваться дежурными фразами.

Первая беременность в 25 лет, протекала без особенностей. Родила здорового ребенка в срок. Вторая беременность в 29 лет с токсикозом второй трети. Не могла есть и пить дома, отмечала тошноту и рвоту. На работе ела и пила хорошо, тошнота не беспокоила. Испытывала отвращение к мужу во втором триместре. Когда его не было рядом, скучала, как только видела его, возникало отвращение, желание, что бы он ушел. В третьем триместре тошнота и отвращение к мужу прошли. Роды преждевременные в 8 месяцев. Ребенок родился с весом 3000 граммов, в течение месяца был в реанимации. Выписан из стационара через 6 недель с весом 2700 граммов. В стационаре ребенок находился отдельно от матери, мать была дома и каждый день посещала его одна или с мужем. После выписки оставалась с ребенком одна, муж был на работе. Возникла проблема с кормлением, ребенок не брал грудь, постоянно срыгивал, плакал, кричал, не спал ночами. Не знала, что делать, не к кому было обратиться за помощью. Появилось раздражение, тошнота, слабость, отвращение к ребенку. Со слов пациентки: «когда слышала плачь ребенка в соседней комнате, тянуло к нему, а когда брала его в руки, появлялось отвращение, не хотелось его видеть». Была подавлена, испытывала постоянную усталость, ничего не радовало, почти ничего не ела, сильно похудела, казалось ребенок никогда не поправится, вечно будет болеть. Не могла ухаживать за ребенком из-за упадка сил и вызвала мать, которая приехав, взяла на себя основную часть нагрузки. Обратила на себя внимание гинеколога, когда была на очередном приеме. По его рекомендации обратилась к неврологу, после осмотра которым, направлена к участковому психиатру. Обратилась к психиатру через два месяца после родов. Получала лечение амбулаторно

таблетками, названия которых сообщить затрудняется. На фоне лечения, в течение десяти дней, состояние оставалось без динамики, после чего назначены были «уколы», которые делали в диспансере. После 7 инъекций самочувствие улучшилось, появился аппетит, нормализовался сон, появилось желание заниматься ребенком. В этот же период состояние ребенка стабилизировалось, он начал есть, перестал срыгивать, стал набирать вес. Принимала таблетки еще некоторое время, после чего самостоятельно прекратила.

В 1994 году психическое состояние ухудшилось вновь, на фоне реорганизации предприятия и необходимости искать новую работу. Была подавлена, угнетена, беспокоила сонливость, головные боли, снижение настроения. Лечилась в неврологическом стационаре, за помощью к психиатру не обращалась.

В 1996 году или даже ранее узнала об измене мужа, который подрабатывал сторожем в садике, не пришел домой, а потом стал уезжать в воскресные дни. Ходила в садик, решила, что муж изменяет с воспитательницей, которая излишне много внимания уделяла младшей дочери, окружающие стали называть ее второй мамой. Люди стали говорить «неужели вы не видите ничего». Начинала ревновать мужа, который все отрицал, в семье стали возникать скандалы, которые заканчивались рукоприкладством со стороны мужа. Фон настроения был снижен, плакала, плохо спала, наблюдалась тошнота, отказывалась от приема пищи, принимала успокоительные средства. Муж продолжал изменять, соседки рассказывали что, он встречается с посторонними женщинами. По предложению знакомой стала употреблять спиртные напитки. «Внутри становится плохо, тревожность, нет работоспособности, появлялась сухость во рту и тормозилась речь». Прием спиртных напитков облегчал состояние, на следующий день опохмелялась. На фоне семейных скандалов появились головные боли, раздражительность, не спала ночами. Получала лечение у врача невропатолога. В 2000 году появились чувство «нехватки воздуха», одышка, шум в голове. Обследовалась и получала лечение у врача терапевта. С декабря 2001 года после черепно-мозговой травмы головные боли стали более выраженными. Наблюдалась у невролога, занималась самолечением.

В январе 2003 году госпитализирована в психиатрически стационар бригадой скорой помощи. Как следует из представленной истории болезни известно, что находилась на лечении с 31 января по 04 февраля 2003 года. Доставлена из приемного отделения 2 городской больницы. Из направления известно следующее: найдена неизвестным муж-

чиной на улице и приведена в приемное отделение ГКБ №2, о себе сообщила, что зовут ее Аня, ранее жила в Тюмени, работала, назвала 27 число, более подробной информации о себе сообщить не могла. В месте и времени не ориентировалась, время суток назвала утро, был пассивно подчиняема, растеряна. Психопродуктивной симптоматики не обнаруживала, фон настроения был не устойчив. Обследована в приемном отделении, выполнена КТ головного мозга, выявлены признаки атрофии головного мозга. Переведена в психиатрический стационар. При осмотре называет себя Аней, «мне так кажется», плачет, сообщает, что должна жить в частном доме, работает где-то с документами, 27 января я села в белую машину и попила в ней водички и далее ничего не помню, я убежала из какого-то частного дома, при мне была сумка. Но ее нет. У меня есть 2 дочери Таня и Катя, Катя была недоношенной, ранее я вроде обращалась к врачу, на учете не состою, знаю, что долго ходила. Очень хотелось кушать, думала продать кольцо. Госпитализирована с диагнозом: «Истерическая реакция». 3 февраля больная вспомнила практически все, кроме того, что предшествовало дневному времени 30 января, помнит, как ушла на работу от сестры, затем помнит, как вечером шла по городу, остановила такси, хотела продать водителю золотое кольцо, а водитель доставил ее во 2 городскую больницу. В отделении беспокоила головная боль, быстрая утомляемость, слабость. От дальнейшего лечения больная отказалась и была выписана в сопровождении родственников.

В июле 2003 года вновь госпитализируется в психиатрический стационар, где находилась с 26.07.2003 года по 23.09.2003 года. Доставлена в больницу психиатрической бригадой. Из направления известно, что состояние ухудшилось в течение последних 3 суток – ночами не спит, нарастает тревога, тоска, появились суицидальные мысли. Ушла из дома, чтобы броситься под машину. Дежурному врачу сообщила, что состояние ухудшилось в течение 7 дней, когда стала испытывать страх, галлюцинаторные переживания, появились суицидальные мысли (пыталась отравиться медикаментами, осуществить самоповешение, броситься под машину). На беседе вздыхает, жалуется на нехватку воздуха, «вакуум в голове», «взрыва внутренностей». В отделении фон настроения снижен, подавлена, заторможена, находится в пределах постели, не общительна, заявляла что, в голову приходят мрачные мысли, жаловалась на плохой сон, просыпалась очень рано с чувством тревоги, больше заснуть не может, ничем полезным не занималась, голос тихий, не модулированный, ответы односложные. Несмотря на лечение,

оставались заторможенными моторика и мышление, отмечала, что голоса стали реже. Врачам сообщила, что в течение 5 лет употребляет алкоголь, пьет запоями до 7 дней. В запое становится тревожной, плаксивой, нарастает паника. В отделении наблюдалась с диагнозом: «Психоз при органическом поражении головного мозга не уточненного генеза, тревожно-депрессивный синдром». После выписки из стационара у врача психиатра не наблюдалась. Как следует из амбулаторной карты, в октябре 2007 года была доставлена в ПНД бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на подавленность, нервозность, нарушение сна, тревогу, беспокойство. Состояние ухудшилось в течение последнего месяца, когда появились проблемы в семье – «стал гулять муж». Госпитализирована в дневной стационар с диагнозом: «Органическое поражение головного мозга травматического генеза, астено-депрессивный синдром». В январе 2009 года вновь госпитализирована в дневной стационар с жалобами на тревогу, снижение настроения, слезливость, плохой сон. С 2011 года обострения возникали два – три раза в год. Лечилась в круглосуточном отделении пограничных состояний с жалобами на плаксивость, вспыльчивость, нервозность, головокружение, снижение настроения, слабость в руках, «еле ходила на работу». Выставлен диагноз: «Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной депрессии с соматическими симптомами».

Заключение. Данный клинический случай позволяет нам проследить развитие депрессивных нарушений у этой пациентки. Впервые эмоциональные нарушения были отмечены в послеродовом периоде, что позволило установить диагноз послеродовой депрессии. Однако прослеженная дальнейшая судьба женщины показала развитие биполярного депрессивного расстройства. Таким образом, послеродовая депрессия была первым проявлением этих нарушений. Это наблюдение позволяет предположить, что послеродовая депрессия в анамнезе может являться одним из признаков, способствующих более точной дифференциальной диагностике эндогенных состояний и органических поражений головного мозга.

СТРАХИ ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

В.Ю. Темерева

Тюменская ОКПБ, г. Тюмень, Россия

У маленьких детей, так же как и у животных, ощущение угрозы или опасности сопряжено с физическим дискомфортом, с неблагоприятным фи-

зического «Я»; страх, которым они реагируют на угрозу, это боязнь физического повреждения [6]. По мнению Дж. Боулби [1], в раннем детстве, когда закладываются основы личности, самыми значимыми являются для человека фигуры матери и отца (или заменяющих их людей). Если в этот важный период родители находятся рядом с ребёнком и внимательны к его нуждам, то у ребёнка формируется прочная привязанность к ним. Она создаёт базу для развития чувства безопасности и доверия к жизни. Автор считает, что дети со сформированным чувством безопасности менее восприимчивы к страху, пока у них сохраняется доверие к объекту привязанности. Он пришёл к выводу, что детские страхи не могут быть вызваны только воображением. У детей, склонных к страху, по-видимому, нет доверия к объекту привязанности. Основными факторами недоверия и склонности к страху является угроза быть брошенным и угроза потери родителей [2]. В этом возрасте формируется опыт межличностных отношений, основанных на умении ребёнка принимать и играть роли, предвидеть и планировать действия другого, понимать его чувства и намерения. Формируется система ценностей.

По мнению А.И. Захарова [4] возрастные проявления навязчивости, тревожности и мнительности сами проходят у детей, если родители жизнерадостны, спокойны, уверены в себе, и если они учитывают индивидуальные и половые особенности своего ребёнка. Наоборот, тревожные ожидания детей могут быть индуцированы родителями, чрезмерно опекающие ребёнка, но они рассеиваются спокойным анализом, авторитетным разъяснением и убеждением.

Мы наблюдали пациента 8 лет, у которого развился невроз навязчивого страха смерти, после того, как он поперхнулся хлебной крошкой. Мальчик страдал бронхиальной астмой, воспитывался по типу потворствующей гиперпротекции (вероятно и с фобией утраты ребёнка по Э.Г. Эйдмиллеру) со стороны матери, которая ограждала его от всевозможных «лишних» контактов с детьми, опасаясь за его здоровье. Отмечалась сильная привязанность к матери с формированием симбиотических отношений, формирование невротической структуры личности (несамостоятельность, внушаемость, доверчивость, неумение устанавливать доверительные отношения со сверстниками и др.). Его выздоровление могло бы быть более быстрым, если бы он скорее включался в контакты, но поведение матери как «наседки» не позволяло ему отвлекаться от своих симптомов. Его общение ограничивалось только значимыми взрослыми – врачами, логопедом, психологом, персоналом, перед кото-