

Случай реактивного истерического психоза у больного первичным гипогонадизмом

В.Л. Карнозов, Т.Ю. Линева, Р.А. Сулейманов, Т.В. Варнакова

Кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН
117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

Типичная клиническая картина первичного гипогонадизма (недоразвитие половых органов, евнухоидные пропорции тела, отсутствие вторичных половых признаков, импотенция) включает в себя и психические расстройства. В статье изложен 35-летний катамнез патологического формирования личности, а также приводится подробный клинический разбор случая реактивного истерического психоза у больного первичным гипогонадизмом, потребовавшего дифференциации с шизофреническим процессом.

Ключевые слова: первичный мужской гипогонадизм, истерический психоз, гистрионическое расстройство личности.

Первичный мужской гипогонадизм – заболевание, характеризующееся нарушением функции половых желез. Основным звеном в его патогенезе является андрогенная недостаточность, которая во многом определяет симптоматику данного расстройства. К первичному гипогонадизму относятся состояния, при которых дефицит андрогенов связан с непосредственным поражением самих половых желез, что может быть вызвано врожденным пороком развития яичек и многочисленными эндогенными и экзогенными факторами, оказывающими вредное воздействие непосредственно на ткани яичка [1]. Типичная клиническая картина первичного гипогонадизма (недоразвитие половых органов, евнухоидные пропорции тела, отсутствие вторичных половых признаков, импотенция) включает в себя и патологическое формирование личности [2, 3].

Нами было обследовано 60 мужчин, страдающих первичным гипогонадизмом, которые находились на оперативном лечении (трансплантация яичка) [4]. Известно, что психозы у таких больных наблюдаются редко [2, 5]. В наших наблюдениях развитие психоза отмечалось лишь у одного больного и требовало дифференцирования с шизофреническим процессом. Длительность катамнестического наблюдения составила 35 лет.

Клинический случай

Больной М-ов, 1963 г.р., техник.

Д-з: первичный гипогонадизм, препубертатный евнухоидизм, андрогенная недостаточность, аплазия яичек.

Наследственность. Наличие у родственников психических заболеваний отрицается. Отец погиб в автокатастрофе, когда ребенку было 2 года. По характеру был общительным, спокойным, добрым. Мать – 69 лет, страдает микседемой. Малообщительная, замкнутая,

тревожная. Старшая сестра 1959 г.р. здорова, имеет ребёнка. Двоюродный брат по линии матери страдает первичным гипогонадизмом, перенёс операцию трансплантации яичка с хорошим результатом. Больной родился восьмимесячным с весом 2400 г. При рождении отсутствовали ногти на руках и ногах, имелось оволосение в области спины, яички в мошонке отсутствовали. В течение месяца плохо брал грудь. В дальнейшем вскармливался нормально. Рос слабым болезненным ребёнком. Ходить начал с 1,5 лет, первые слова стал произносить в 2 года. В детстве перенес эпидемический паротит, дифтерию, скарлатину, частые ангины. Был тихим, малообщительным, малоподвижным. Всегда был чрезмерно привязан к матери, не умел постоять за себя, отличался чрезмерной впечатлительностью, плаксивостью. Школу начал посещать с 8 лет. Учился слабо, любимых предметов не было, математику усваивал с большим трудом. Отличался усидчивостью, добросовестностью в отношении к занятиям. Свободное время проводил с матерью и сестрой, помогал им по хозяйству, «с удовольствием делал всю женскую работу». Впервые обратил внимание на свой дефект в 12 лет во время купания в реке. Сверстники стали дразнить больного, пришел домой в слезах. По настоянию матери в 14 лет был консультирован эндокринологом, принимал гормональные препараты с незначительным эффектом. Отчетливо осознал свою неполноценность в 16-летнем возрасте после прохождения комиссии в военкомате, на которой был вынужден раздеваться в присутствии сверстников, «хирург пригласил других врачей посмотреть на меня, все вместе рассматривали мои половые органы, улыбались, перемигивались». В дальнейшем стал избегать посещать врачей, так как боялся, что при осмотре заставят раздеваться. Стал еще более замкнутым, необщительным, под разными предлогами уклонялся от участия в общественных мероприятиях. Жаловался на общую слабость, невоз-



возможность сосредоточиться, приливы крови к голове. В конце дня чувствовал себя совершенно разбитым, измотанным, хотя физическим трудом почти не занимался. В 1980 г. был осмотрен в институте эндокринологии, а затем оперирован по поводу крипторхизма, однако яичек в брюшной полости обнаружено не было. В 1983 г. окончил школу, устроился на работу в строительную организацию. Работа нравилась, хотя обидные замечания сотрудников по поводу отсутствия растительности на лице, избыточного веса надолго выбивали из колеи. В 1985 г. по настоянию матери сделал предложение бывшей однокласснице. До свадьбы не рассказывал ей о своем заболевании, боялся, что она откажется вступить в брак. В этот период принимал массивные дозы гормональных препаратов. Первые полтора года после женитьбы половая жизнь была относительно удовлетворительной, в дальнейшем стала прогрессировать половая слабость, участились ссоры с женой, которая подтрунивала над его внешним видом, угрожала разводом. Во время ссор с женой несколько раз падал на пол, «скрючивало и коржило все тело», испытывал боли по ходу позвоночника, рыдал, требовал вызова скорой помощи. Во время одного из таких приступов был доставлен в стационар и выписан через день ввиду отсутствия патологии. В 1992 г. вновь приехал на консультацию в институт эндокринологии, в июне 1992 г. больному была произведена операция трансплантации яичка на артериально-венозной ножке в область прямой мышцы живота. После оперативного лечения у больного значительно улучшилась половая функция, повысилось настроение. Стал с удовольствием ходить на работу, не чувствовал усталости, «труднее стало вывестись из себя». Такое состояние держалось до 1995 г. В дальнейшем вновь участились ссоры и скандалы с женой, которая продолжала обвинять больного в отсутствии детей, выражала неудовлетворение по поводу его половой активности. После очередной размолвки решил ехать в Москву для встречи с хирургом. Во время поездки в вошедшем на остановке мужчине «узнал» отца, попытался заговорить с ним, но был высмеян. В Москву приехал в состоянии крайнего возбуждения. Остановился у родственников. Сбивчиво рассказывал им, что видел отца и собирается отправиться на его поиски. На их разубеждения не реагировал, хотя «смутно понимал, что отца не может быть в живых». Ночью совершенно не спал. Рано утром отправился на Красную площадь, в одном из проходивших мимо военнослужащих внезапно «узнал» отца. Бросился к нему на шею, стал обнимать, трясти за плечи с криком «Здравствуй, папка, наконец-то я тебя нашел!». После этого долго блуждал по городу. К вечеру вернулся к родственникам. Настроение было приподнятым, был многословен, рассказывал о «встрече с отцом». Затем спрятался за шкаф, никого к себе не подпускал, кричал, нецензурно бранился, рвал на себе одежду. Заставил родственницу влезть на стол, запрещал окружающим звонить по телефону, чтобы вызвать врача, не позво-

лял пользоваться туалетом. Громко рыдал, спрашивал, куда делась его дети «мальчик и девочка». Ночью, когда соседями по квартире была вызвана милиция, запрещал родственникам открывать дверь. Спротивлялся милиции, истошно кричал, отказывался садиться в машину. После осмотра психиатром был направлен на лечение в психиатрическую больницу. При поступлении был возбужден, в соседе по палате «узнал» хирурга, который делал ему операцию, пытался рвать на себе белье, биться головой о стену. После инъекции нейролептиков быстро успокоился и заснул. В последующие дни вел себя правильно, критично относился к своему состоянию. Был выписан через месяц с диагнозом «шизофрения периодическая, депрессивно-параноидный синдром». После выписки продолжал работать. Периодически становился тоскливым, подавленным, жаловался на неприятные ощущения в теле, утомляемость, головные боли. Летом 1996 г., находясь на отдыхе в санатории, в процедурном кабинете увидел на стуле газету со статьей под заголовком «Так держать!». Принял это на свой счет. Выбежал на улицу и пошел «строевым шагом» по дороге в направлении почты. В этот период казалось, что находится на выполнении какого-то важного государственного задания в Швейцарии. Придя на почту, стал маршировать по помещению, пел песни, плясал, свистел, валялся по полу. Сотрудниками санатория был доставлен в областную психиатрическую больницу. Возбуждение было купировано в течение нескольких часов, был выписан через три недели, приступил к работе.

В феврале 1997 г. жена подала заявление о разводе. Отмечает, что после развода с женой стал подавленным, плаксивым, более раздражительным, особенно по отношению к матери. Беспокоили головные боли в затылочной области, плохой сон, невозможность сосредоточиться, раздражительность, плаксивость. Во время волнения перехватывало дыхание, «к горлу подступал ком, всего трясло, подкашивались ноги». Обратился на кафедру психиатрии и медицинской психологии и стационарирован в санаторное отделение психиатрической больницы № 8 им. З.П. Соловьёва. Во время лечения в больнице поведение было упорядоченным. Психическое состояние при поступлении: охотно вступает в беседу. Откровенно рассказывает о своих переживаниях. Многословен, склонен к детализации. Настроение ровное. Эпизоды неправильного поведения в прошлом объясняет тем, что «дурь какая-то находила, чувствовал, что делаю что-то не то, но ничего не мог с собой сделать». Живо и эмоционально реагирует на все вопросы врача. Отмечает, что после развода с женой стал более раздражительным, особенно по отношению к матери. Мнителен, впечатлителен. Пунктуален в отношении к своим обязанностям, излишне прямолинеен, «всегда говорю правду в глаза». При беседе обращает на себя внимание инфантильность суждений, легкая внушаемость. С тревогой рассказывал, что занимается онанизмом. Спрашивает, не принесет



ли это вреда его здоровью. Обеспокоен наличием гинекомастии, собирается обратиться по этому поводу к хирургу. Рассчитывает в будущем вновь вступить в брак, «лучше, если это будет разведенная женщина с ребенком». Продуктивной психотической симптоматики не выявляет. Интеллект невысок.

Результаты ЭЭГ: значительные изменения электрической активности мозга, состоящие в нарушении регулярности корковой ритмики и наличии очага пароксизмальной активности в каудальных отделах мозгового ствола, связанных с затылочными областями коры.

Результаты психологического обследования: больной легко вступает в беседу, охотно дает о себе сведения. К обследованию относится с интересом. Инструкции понимает, работать начинает быстро. Ошибки исправляет только с помощью экспериментатора, не может использовать их в дальнейшей работе. Объем памяти, процесс заучивания – в пределах нормы. Отсроченное воспроизведение несколько снижено. При необходимости опосредовать запоминаемый материал больной испытывает значительные трудности, особенно при работе с отвлеченными понятиями. Образы, выбираемые для запоминания, несут личностную окраску и не отражают содержание заданного понятия. В заданиях, требующих абстрагирования, сравнения и обобщения понятий, больной испытывает затруднения, допускает ошибочные решения, в основе которых лежит использование конкретных признаков понятий. В то же время в случаях, когда критерием обобщения служит разумность поведения персонажей, больной хорошо справляется с заданием.

К 40 годам реакция больного на внешние проявления гипогонадизма отошла на второй план. Главенствующее место в структуре психических нарушений заняли ипохондрические расстройства. Больной стал крайне мнительным, склонным рассматривать любое неприятное ощущение в теле как тяжелое заболевание. В настоящее время больному 49 лет, проживает один. Последние 5 лет к психиатрам не обращался.

Анализ проведенного наблюдения

В данном наблюдении прослеживается динамика психических нарушений, типичная для больных гипогонадизмом, у которых с детских лет преобладали тормозимые черты. Реакция на осознание болезни происходила в пубертатном возрасте и сопровождалась депрессивными переживаниями с фиксацией на дефекте, явлениями ипохондричности, паранойальности. В дальнейшем выраженными становились астенические и вегетативные расстройства, склонность к истероформным реакциям. Особенностью данного наблюдения являлось наличие острых психотических

эпизодов. Квалификация характера психоза вызвала определенные трудности. Острый чувственный бред, ложные узнавания сочетались с истерическими проявлениями в виде черт пуэрилизма, патохарактерологические сдвиги с наличием истерических черт характера, возникновение психоза на фоне психотравмирующей ситуации, его кратковременность, особенности структуры, а также отсутствие дефицитарной симптоматики вне психоза – всё это дает основание рассматривать эти эпизоды как особые реактивные состояния, близкие к реактивным истерическим психозам, у больного первичным гипогонадизмом.

Литература

1. Васильев В.И. Клиника и диагностика первичного гипогонадизма. В кн.: Вопросы андрологии и пересадка яичка. – М., 1974. – С. 11–21.
2. Коркина М.В., Кирпатовский И.Д., Цивилько М.А., Карнозов В.Л., Карева М.А. К вопросу о динамике психических нарушений у больных первичным гипогонадизмом в связи с оперативным вмешательством (трансплантация яичка) // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 1978. – Т. 78, вып. № 11. – С. 1694–1701.
3. Karnozov V.L., Liniova T.J., Kirsanova G.F. Evolution des troubles psychiques chez des patients avec un hypogonadisme primaire traités par une transplantation des testicules1 // Revue medicale Suisse // Sexologie Clinique. – 2012. – № 333. – P. 640–645.
4. Кирпатовский И.Д., Михайлов И.А. Аллотрансплантация яичка в клинике. (Сообщение второе. Отдаленные результаты) // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2008. – № 3. – С. 49–53.
5. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 428–465.

The Case Of Reactive Hysterical Psychosis In Patients With Primary Hypogonadism

V.L. Karnozov, T.U. Lineva, R.A. Suleymanov, T.V. Varnakova.

Department of Psychiatry and Medical Psychology, PFUR Miklukho-Maklaya st. 6, Moscow, 117198

The typical clinical picture of primary hypogonadism (genital hypoplasia, eunuchoid body proportions, absence of secondary sexual characteristics, impotence) includes psychopathology. The case study represents the 35-year catamnesis of pathologic personality development and clinical examination of histrionic psychosis required differentiation with schizophrenia in a patient with primary hypogonadism.

Keywords: primary male hypogonadism, histrionic psychosis, schizophrenia, histrionic personality disorder.