

Клинический случай

О.П. Мостовая, к.м.н., Винницкий областной детский психиатр, Т.В. Гарлинская, руководитель областного центра семейного психологического консультирования

Клинический случай первого психотического эпизода

(шанс пациента – психоанализ)

Семейные врачи в процессе ведения семей сталкиваются со всем спектром медицинских проблем, в том числе с психиатрическими. Поэтому информированность о таких нарушениях, как аутизм, расстройства поведения, психозы, депрессии, деменция, психогенные болевые синдромы, расстройства сна, крайне необходима. В данной публикации представлен, казалось бы, типичный клинический случай – у студента колледжа возник «нервный срыв», эпизод психоза. Это расстройство всегда возникает на определенной почве – недостаточно построенной личности. В построении личности важнейшую роль играют действия родителей, воспитание ребенка. В нашем случае отец подростка не разговаривающий, а приказывающий, причем грубо, что отражается в содержании галлюцинаций пациента («волчий голос»). В результате его сын не уверен в себе, не умеет строить отношения с другими людьми, проявляет невротические срывы.

Для семейного врача важно уметь вовремя реагировать на нарушения семейных отношений. Также важно формирование представлений о психиатрических расстройствах как о психологических. То есть, сам эпизод психоза, безусловно, требует применения психотропных препаратов, и эти назначения делает психиатр, но семейный врач должен ориентироваться в назначенных препаратах, понимать необходимость их применения и разбираться в побочных действиях. После выхода из психоза такому пациенту необходима психотерапия.

В описание клинического случая включено интервью с пациентом, которое показывает, какие простые, понятные переживания и эмоции лежат в основе сложного болезненного состояния.

Пациент Р., 16 лет, поступил на лечение в отделение ВОПНЛ в декабре 2012 года для решения вопроса академического отпуска. За неделю до этого после занятий в колледже пришел домой и сразу заснул, проснулся в 16:00, вышел на улицу покурить. Дальнейшего не помнит. Пришел в сознание на берегу реки в 20:00, лежал на снегу. С тех пор начал слышать мужской голос, видел «волка». Голос говорил, куда идти, а волк показывал дорогу. Когда он ехал в больницу с отцом в трамвае, то волк бежал рядом, исчез, когда они зашли в парк больницы, а голос сказал «всему свое время» и также исчез.

При поступлении пациент сообщил, что в настоящее время забыл свое детство, имена знакомых людей, друзей. Окружающую жизнь воспринимает как «тихое и мрачное пребывание». Отрицает психотравмирующие ситуации, предшествующие проблеме с учебой. Ориентируется во времени, пространстве, не исключает, что «голос» вновь будет звучать, хочет знать «что будет дальше». После трех сеансов психотерапии возобновилась память, был в хорошем настроении, но вечером чувствовал головокружение, «раздвоение» мыслей. Уверен, что сможет сдать экзамен по биологии, который должен быть через неделю.

Характеристика с места учебы. В колледж поступил со слабыми базовыми знаниями. Учился средне, к школьным предметам (особенно математике, физике и химии) интереса не проявлял, однако к новым предметам, которые начал изучать уже в колледже, проявлял интерес и имел лучшие оценки. Обладает неплохой памятью, на что указывает запоминание стихов из программы по украинской и мировой литературе. По словам студента, учиться ему нравится и есть желание получить специальность. Однако

имеет большое количество пропусков занятий, что объясняет возникновением головной боли от переутомления. Поручения выполнял добросовестно, участвовал во внеурочных мероприятиях. Добрый, контактный, неконфликтный, поддерживает ровные отношения со студентами группы. Характер мягкий, легко поддается постороннему влиянию.

Из анамнеза. Ребенок из многодетной семьи (трое детей, ожидается четвертый). Беременность проходила без патологии. Роды своевременные. Вес при рождении – 3600 г, психомоторное развитие нормальное. Перенесенные болезни: ОРВИ, ветряная оспа. Детский сад посещал с 3 лет, хорошо там адаптировался. В школе учился с 6 лет, окончил 9 классов. Учится на втором курсе медицинского колледжа, успевает средне. Семья полная.

Отец в ходе семейной консультации проявил аффективную неустойчивость, авторитарность, грубость. У отца выявлены выраженные речевые нарушения, заикание. Смазанная речь, неправильно сконструированы предложения. Агрессивен по отношению к сыну, не поддерживает его стремления относительно планов на будущее. Мать выглядит спокойной, уравновешенной. Есть брат – 9 лет, сестра – 14 лет (проблемы в их развитии не наблюдались). Отношения в семье описывают как обычные.

Соматическое состояние: физическое развитие соответствует возрасту, здоров. Неврологический осмотр: признаки органического поражения ЦНС не выявлены.

МРТ головы: объемно-очаговая патология не выявлена.

ЭЭГ в отделах F1, F2, F5 патологическое учащение ритма, что соответствует паттерну obsessions, перенапряжения в префронтальной коре.

Психический статус. Сознание ясное, полностью ориентирован. Выглядит несколько подавленным. Поведение адекватно ситуации. Охотно отвечает на вопросы. Интеллектуальное развитие достаточное. Эмоциональные проявления лабильные. Наличие расстройств восприятия отрицает при осмотре. Мышление правильное, последовательное. Логично рассказывает, что с ним происходило в течение недели, сообщил, что память восстановилась, но когда волнуется, беспокоит головная боль в височных участках.

Консультация логопеда. Диалог поддерживает, на вопросы отвечает адекватно. На вопрос о возрасте отца, матери, которая ждет ребенка, сообщил, что не знает – «я в документы не смотрел». Не скрывает, что курит. Принимал таблетки

для улучшения памяти. Произношение звуков «р», «л» нарушено; в логопедической работе сразу овладел, но нужно автоматизировать в спонтанном произношении. Читает в ускоренном темпе, с вегетативным возбуждением. Диагноз: ротацизм, ламбдацизм, дислексия.

Клиническое интервью: врач – пациент

– Расскажите, пожалуйста, что произошло с вами, почему вы в отделении?

– У меня было нарушение памяти, голос, как будто это волк.

– Это было тяжелое нарушение?

– Да, очень.

– Как вы сами объясняете, что с вами произошло?

– Не знаю, врачи говорят, что это галлюцинации.

– Но у каждого человека есть свои представления о том, почему с ним что-то происходит. Вы же слышали и о галлюцинациях, и о том, что у людей бывают нарушения памяти. И у вас тоже есть гипотеза?

– Думаю, что это из-за давления.

– Давления? Какого?

– 150 на 100.

– Почему у вас было такое высокое давление, ведь вы молодой человек?

– Не знаю.

– Высокое давление у молодых людей бывает из-за болезни почек, стрессов, перегрузок. Отмечали ли вы что-либо подобное у себя?

– Да, у меня, наверное, были перегрузки.

– Какие?

– Я бегал на дальние дистанции. По 15 км.

– Вы занимались спортом?

– Да, я и раньше бегал далеко.

– Вы хотели участвовать в соревнованиях?

– Нет.

– У вас были проблемы на уроках физкультуры?

– Не особенно. Если меня обгоняли другие, то я потом мог их догнать.

– А почему же вы бежали?

– Хотел доказать, что могу, хотя последнее время прибежал красным и у меня поднималось давление.

– Вы что-то еще доказывали?

– Да, в учебе. Я должен стать врачом.

– А почему вы должны доказывать? Не все шло гладко?

– Да. Я вообще почти ничего не понимаю в школьных предметах. В медицинских – да, в школьных – почти ничего. И так было в школе. Кроме биологии. Особенно плохо с украинским языком и литературой. Я вообще не понимаю, что читаю и что пишу.



О.П. Мостовая

– Когда начались эти трудности?
– С самого начала в прошлом году. Я думал, что не выдержу и в этом году, хорошо, что этот украинский язык 1 раз в 2 недели.

– Это могло быть поводом для исключения из училища?

– Да! (С явным волнением.) Нам сразу сказали, что набрали больше людей, чем нужно, и будут исключать тех, кто не сможет учиться. И этот украинский язык... Я его совсем не могу учить. Я ничего не понимаю.

– Вы очень хотите стать врачом. Это ваше желание или родителей?

– Это я хотел.

– У вас в семье есть врачи?

– Моя бабушка. (С улыбкой и расслаблением.)

– Чья мама?

– Мамина. Она была фельдшером. Она была такая!

– И вы хотите быть таким же?

– Да! Конечно. Это моя мечта.

– Может, вы хотите быть похожими на кого-то из врачей здесь, в больнице?

– Да, на Д.И., который меня лечил (улыбается).

– Он очень хороший?

– Да.

– Но что будет, если вы не сможете остаться в училище и не будете врачом?

– Я этого не представляю.

– То есть, дальше тупик? Никаких идей?

– Никаких! Я только хочу быть врачом.

– А что происходит с другими сторонами вашей жизни? Дискотеки, развлечения, отношения с девушками?

– С девушками у меня были отношения. А дискотеки – это все ерунда. Я не могу тратить на это время. Мне надо учиться.

– А какие самые продолжительные отношения с девушками?

– Месяц. А с кем иметь отношения? Курят, пьют, на понтах все. Больше половины курят, пьют, не знают, чего они хотят.

– Но не все, есть и другая половина?

– Они все строят из себя... А та учится далеко. В другой области, так что делать? Я тут, она там.

– Нет достойной?

– Мне сейчас не до них. Вот украинский...

– Хорошо. Закончим на этом. Будем думать, как помочь вам.

Описание патологического состояния. Состояние дереализации, пережитое пациентом в начале психотического эпизода, говорит о длительной депрессии, переживании «пребывания в тупике». Исследования нарушения сознания показали сходство состояния дереализации при тяжелой депрессии, создающей нарушение идентификации, и пускового механизма эпилептического припадка. И в том, и в другом случае это отражает нарушение

функционирования гиппокампа как «диспетчерского центра», создающего формирование ситуационного мышления. Возникшая ригидность создала обсессивный идеаторный синдром.

Патологический круг: страх совершения ошибки, который создает чрезмерные уровни тревоги, влияющие на ясность сознания. «Воротами» ясного сознания является префронтальная кора, что выражается уровнем концентрации внимания. Обычно такого уровня страхи, которые создают порочные круги, «тоннельное» мышление, возникают вследствие ригидного, авторитарного отношения кого-либо из родителей. В случае нашего пациента это отец, который разговаривает, употребляя нецензурную брань, и действует по отношению к пациенту авторитарными методами. Особенно интересна связь нецензурной речи отца и дислексии пациента. Это выглядит как явный эдипальный симптом. Ожидание матери, что сын не будет похож на грубого мужа, создает интенсивную стимуляцию конкурентных чувств у сына и в результате — невнятную речь. Нарушение отношений с девушками выглядит как высокомерие, характерное для нарциссического формирования личности. В интервью это была для пациента очень напряженная и явно неприятная тема.

Еще один интересный симптом, обычно характерный для нервной анорексии, — это склонность к интенсивным физическим упражнениям (бег на 15 км) как способ себя усовершенствовать, что соответствует нарушению идентификации.

Патопсихологическое исследование. В ходе патопсихологического эксперимента пациент эмоционально-лабильный, тревожный, проявляет интерес к результатам эксперимента. Выражает многочисленные соматические жалобы и жалобы на снижение умственной работоспособности. Ситуацию исследования воспринимает адекватно. Общий темп психической деятельности замедлен. Сенсомоторные реакции выразительны. Внимание неустойчиво, снижены показатели концентрации, быстро истощается при выполнении экспериментальных заданий. На момент обследования выявлено нарушение мнестической функции в виде гипомнезии легкой степени и истощаемости психологических процессов. Кривая кратковременного запоминания имеет вид: 3, 5, 8, 8, 7. Через 15 мин — 6. Мышление замедленное по темпу, суждения адекватны предмету обсуждения. Переносный смысл пословиц понимает адекватно. Развитие мыслительных операций соответствует возрастной норме. Фиксирован на мыслях относительно дальнейшего обучения, боится потерять возможность получить высшее образование. Переживает внутренний конфликт между уровнем притязаний и реальными возможностями. Социальная активность выборочная, преобладает интернет-общение, избегает открытых конфликтов и критики по отношению к себе. В групповой терапии чувствует себя старше и сильнее других, проявил эгоцентризм, демонстративность, пытался играть роль авторитарного лидера.

Обсуждение

Изучение состояния подростка имеет целью ответить на вопрос: какое расстройство манифестировало в виде психотического эпизода? Наличие дереализации свидетельствует о затяжной депрессии. Трудности переключения эмоций, чрезмерно нарастающее напряжение выглядят как паттерны расстройства личности. В интервью было выявлено,

что навязчивые идеи достигают уровня сверхценных. Нарушение понимания причинно-следственных связей, трудности коммуникации с другими людьми свидетельствуют о нарушениях процессов мышления. Спутанность в восприятии реальности отражается в дислексии — нарушении использования речи для пересказа или выражения собственных мыслей.

Галлюцинаторные переживания возникают по двум основным механизмам: — перевозбуждение орбитофронтальной коры, что вызывает раздражение смежных зон — перекреста зрительных нервов, слуховых зон;

— истощение префронтальной коры вследствие обсессивных мыслей вызывает компенсаторное возбуждение зрительных и слуховых отделов.

Но суть одна — проблемы в области префронтальной коры, ключевой в системе контроля над поведением. Создание психологического портрета пренсихотического состояния пациента позволит спланировать направление психологической работы после купирования психотического эпизода нейролептическими препаратами. Психологический портрет выглядит как «фальшивое ядро личности», псевдовзрослость у сына-подростка авторитетного отца, склонного унижать и обесценивать других. Нарушение идентификации проявляется симптомами беспомощности при определении и решении проблем, самоусовершенствованием через чрезмерные физические нагрузки, неспособностью строить отношения, мечтами о жизни не в настоящем, а в будущем, «когда будет врачом».

В диагностике пациентов с психотическими эпизодами важным критерием прогноза является установление пропорции психотической и непсихотической составляющих. Кроме клинических, патопсихологических методов обследования, можно использовать методы визуализации, ЭЭГ. При ЭЭГ-исследовании часть сведений можно получить по кратковременной, дневной записи, но наиболее информативной является ночная ЭЭГ. На дневной ЭЭГ явления дезорганизации во фронтальных отведениях соответствуют нарушению мышления в связи с эмоциями, а не использованию мышления, как отдельно от эмоций действующего инструмента. Нарушение внимания, импульсивности, хаотичность мышления клинически выражаются в том, что человеку трудно или невозможно устанавливать причинно-следственные связи, а также могут отражать фрагментированный способ воспринимать людей или события. На ЭЭГ данного пациента отмечалось значительное, диспропорциональное учащение ритма в левой фронтотемпоральной зоне по сравнению с другими фронтальными областями.

Таким образом, мы добиваемся до сути галлюцинаций как явления, связанного с определенной «конструкцией» психики. В данном случае мы сталкиваемся, с одной стороны, с психической незрелостью, с другой — с достаточным запасом пониманий и представлений, который с этой незрелостью не взаимодействует. В этом процессе прослеживается участие системы включения сознания и активных зон сознания.

Активное сознание включается после ночного сна и служит полем, принимающим новую информацию. Чем ближе активация к внешним зонам головного мозга, тем выше чувствительность к внешним событиям. Можно условно назвать это экстравертностью. Чем ближе к лимбической системе — тем ближе к внутренним

процессам и ожиданиям (условно — интравертностью). Посредине между ними находится префронтальная кора, которая создает системность работы мышления. Системность работы мышления связана с переключением внешних и внутренних стимулов либо на логическую, мыслительную, в идеале связанную с речью область, либо на физическую — двигательную, звуковую (неречевую) активность. Большая часть этих переключений для возможности жить в обществе людей автоматизирована. Этой автоматизацией занимается гиппокамп, который в ответ на каждое новое систематизирующее действие (то есть, прошедшее пути связи нейронов всех ключевых областей мозга: затылочной — зрительной, височной, слуховой, париетальной — двигательной, лобной — идеаторной) обеспечивает созревание из стволовой клетки зубчатой извилины нового нейрона, соответствующего завершеному процессу. Процесс связывания, как мы знаем, — это создание новых синапсов, рост отростков, соединяющих нейроны разных зон. Завершение этого процесса мы обычно видим во сне, который дает нам целостную картину, состоящую из различных образов. У людей с галлюцинациями система приема новой информации обычно на ранних этапах развития сопровождалась слишком сильной «давящей» стимуляцией, развитием принципа делать что-либо с «голоса» родителя. Степень этого давления становится столь высокой, что нарушает автономное построение системы личного контроля над собой. В данном случае это особо грубый, непримиримый тон отца. Он «выжигал» все личное у этого юноши, и это создало эквивалент в мозге в виде «волчьего» голоса. Параллельно мы наблюдали другого молодого

человека, где такое «истребляющее» собственные мысли действие произвел постоянно действующий голос матери — настойчиво-тревожный. Обычно появление симптомов «внутренних голосов» появляется при попытке автономной жизни. Неотъемлемая суть «родительского голоса» — это формирование связи «делай то, что говорит голос — и все будет хорошо». Это создает стимуляцию слуховых зон, которые напрямую связываются с действием. И вследствие этого создаются недоразвитые системы мышления, собственного способа рассуждать, анализировать, бороться с противоречиями, выбирать главное. Из этого понимания вытекает принцип психотерапии — необходимость создать для пациента психологическую (аналитически ориентированную) развивающую его собственную систему мышления работу. Часто у большинства пациентов, которые имеют такие недоразвития, мы сталкиваемся не со слуховыми или зрительными галлюцинациями, а с искажением реальности в их воображении. У этого пациента более важным являлось искажение реальности его самостоятельной жизни, в которой он не видит и не понимает нарастающих проблем, делает неправильные выводы и не умеет взаимодействовать с реальностью в виде людей и событий. Напряжение дофаминовой системы, которая отвечает за связность мозговых процессов, создает эти патологические симптомы. Поэтому мы вначале получаем облегчение состояния, когда назначаем нейролептические препараты — антагонисты дофамина. Но со временем наблюдаем истощение этой системы, если при помощи развивающей аналитической терапии не поможем пациенту развить правильные связи в головном мозге.

3

АНОНС

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» і науково-практичне товариство неврологів, психіатрів та наркологів України

5-6 вересня 2013 р., м. Харків Науково-практична конференція «Актуальні питання епілептології дитячого віку»

(згідно з «Реєстром з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, які проводяться у 2013 році», п/п № 117).

Робочі мови конференції: українська, російська.

Місце проведення: ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» за адресою: вул. Академіка Павлова, 46 (проїзд від залізничного вокзалу трамвай № 6 до зупинки «Лікарня № 15» або метро до зупинки «Площа Повстання», далі трамвай № 6, 8, 27 до зупинки «Лікарня № 15». Від автовокзалу метро до зупинки «Площа Повстання», далі трамвай № 6, 8, 27 до зупинки «Лікарня № 15»).

Заїзд учасників конференції планується 5 вересня 2013 р.

Проживання учасників конференції планується в готелі «Мир», пр. Леніна, 27-А (тел.: (057) 720-55-43, 340-23-30 — адміністратор, e-mail: hotel-mir@mail.ru, info@mir.kharkov.ua, замовлення та бронювання номерів проводиться самостійно).

Початок роботи конференції: 5 вересня 2013 р. о 10.00 у конференц-залі ДУ ІНПН НАМН України.

Органітет планує видання матеріалів конференції (статті і тези). Матеріали конференції будуть опубліковані в журналі «Український вісник психоневрології» (3-й випуск 2013 р.). Оформлення статей має відповідати вимогам до підготовки публікації (офіційний сайт журналу УВП www.uvnpn.com, розділ «До уваги авторів»).

Статті та тези необхідно подати до 25 липня 2013 р. на електронну адресу: omo.inpn@mail.ru; паперовий варіант з експертним висновком надіслати на поштову адресу: 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46, ДУ ІНПН НАМН України, оргкомітет.

Заявка на участь у конференції приймається до 23 серпня 2013 р.

Довідки з організаційних питань: завідувач відділу дитячої психоневрології та клінічної нейрогенетики, доктор медичних наук **Танцур Людмила Миколаївна**, тел.: (057) 771-68-55; м.н.с. **Лук'янцева Ольга Юрївна**, тел.: (057) 771-68-55; завідувач відділу наукової організації неврологічної і психіатричної допомоги, патентно-ліцензійної роботи та інформаційного забезпечення **Харченко Аліна Вікторівна**, тел.: (057) 738-40-83. 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46, Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» omo.inpn@mail.ru.

З повагою, Органітет