

К вопросу об ипохондрическом синдроме

В. А. Гиляровский

Центральной проблемой в психиатрии является шизофрения. Природа ее не может считаться полностью выясненной, но не подлежит сомнению, что окончательное решение вопроса о ее патогенезе лежит на пути развития концепции И. П. Павлова о роли самоинтоксикации. Существенным моментом при этом нужно считать отграничение ее от других заболеваний, которые имеют с ней клиническое и, повидимому, также некоторое патофизиологическое сходство. Особенно важные результаты может дать сравнение шизофренических расстройств с невротическими. Наблюдаемое в некоторых случаях большое сходство тех и других, несомненно, объясняется тем, что и при шизофрении, и при неврозах отмечаются процессы охранительного торможения, которые могут привести к сходным нарушениям при различных по существу заболеваниях.

Как отечественные, так и зарубежные исследователи давно обратили внимание на то, что между шизофренией и невротическими расстройствами существуют какие-то точки соприкосновения. О навязчивых явлениях при шизофрении сообщал в своей книге Э. Блейлер. Урштейн в особой монографии описал ряд случаев раннего слабоумия, протекающих с картиной неврастения или истерии. Особенно большое соприкосновение с шизофренией, имея в виду клиническую характеристику, наблюдается в случаях психастении, как ее описал Жане. Изучением взаимоотношений шизофрении с психастенией особенно много занимались французские психиатры. Именно во французской психиатрии возникла концепция прешизофренической психастении. Она развивалась Клодом, Эснаром, Дельма-Марселе. Недавно Алие и Кен описали два новых наблюдения этого рода. Эти случаи представляют сочетание идей навязчивости и бреда, причем в отдельные периоды на первый план выдвигаются то одни, то другие.

Очень важно в самом начале выяснить, в каком направлении пойдет дальнейшее развитие болезни. В общей массе различных нервных явлений, с которых вообще начинается психоз, очень важно выделить такие, которые указывают на неблагоприятный прогноз, указывают на шизофрению. Клиника последней характеризуется пестротой и разнообразием проявлений. Среди них мы в данной работе хотели бы выделить и отграничить группу случаев, начинающихся с ипохондрических явлений.

Последние, характеризуясь, как говорил С. С. Корсаков, чрезмерным страхом за свое здоровье, наблюдаются в патологии часто. Они бывают при различных заболеваниях, изучаемых врачами разных специальностей. Поскольку болезненное воображение ипохондрика подсказывает ему мысль об отсутствующих в действительности соматических заболеваниях, естественно, возникает вопрос, не лежат ли в основе рас-

рассматриваемых нарушений какие-то заболевания внутренних органов. Всякое соматическое заболевание может дать отзвук в психических переживаниях, но значение соматического момента не нужно преувеличивать. К. А. Скворцов длительно наблюдал за психическим состоянием больных в терапевтических клиниках и не часто обнаруживал у них отклонения в нервно-психической сфере, в частности ипохондрического характера. Они наблюдаются преимущественно при сердечно-сосудистых расстройствах и заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Тяжелые и острые заболевания внутренних органов обычно не сопровождаются ипохондрическими расстройствами. Для всех таких больных характерно, что их психические реакции адекватны ситуации. При анализе развития болезненных явлений нужно также учесть, что соматическое заболевание может привести, в соответствии с принципом второго удара А. Д. Сперанского, к оживанию прежних нарушений, вызванных психической травмой, последствия которой, казалось бы, уже сгладились.

Наш сотрудник В. Е. Рожнов провел наблюдения над больными, находящимися на лечении в Институте питания АМН СССР.

У гипо- и анацидных больных резко выражены общая мнительность, тоскливое настроение, склонность к фобическим синдромам, среди которых на первое место следует поставить канцерофобический. Ввиду его частоты на нем следует остановиться отдельно. Немалую роль в развитии канцерофобических представлений у этих больных, несомненно, играет получившее весьма широкое распространение необоснованное мнение, согласно которому понижение кислотности, якобы, неизбежно ведет к раку. В силу этого от анацидных больных нередко приходится слышать заявления о том, что они знают свой неизбежный конец, что они готовы на самые радикальные меры, даже на удаление желудка и т. п. У таких больных с годами нарастают раздражительность, болезненная эгоцентричность, уход в себя, замыкание в кругу своих болезненных ощущений и переживаний. Часто отмечаются отдельные элементы истеро-невротической симптоматики: слабость в руках и ногах, чувство удушья, подкатывание комка к горлу и т. п.

Сопоставляя особенности ипохондрических нарушений при заболеваниях с различным генезом, мы имели в виду возможность выяснить общее для всех случаев, подметить общие закономерности.

Так называемая прешизофреническая психастения — это обычно начало развития шизофрении, как бы ее дебют. Значение такого дебюта могут иметь ипохондрические явления, объединяющиеся в особый синдром. В этих случаях особенно важно отграничение шизофрении от невроза; при этом целесообразно идти от более простого к более сложному.

В свое время мы описали раневой ипохондрический синдром при длительном раневом истощении. Гораздо большую сложность представляет вопрос об ипохондрическом синдроме при неврозах и шизофрении. Успехи, достигнутые психиатрами благодаря тому, что они все в большей степени овладевают положениями павловской физиологии, относятся и к области ипохондрических расстройств. За последние годы опубликован ряд исследований клинико-лабораторного характера, имеющих большое значение для рассматриваемого нами вопроса. Особенно ценные услуги оказывают исследования биотоков и плетизмография. Они, главным образом, и используются в работах последнего времени (работы Ю. Е. Сегаль, А. Т. Пшоника и В. С. Куликовой и др.).

А. Т. Пшоник, исследуя сосудистые реакции у здоровых людей, установил, что при столкновении противоположных экстеро- и интерорецептивных раздражений возникают не только явления эксперименталь-

ного невроза, но и своеобразные жалобы на плохое самочувствие, которое может быть квалифицировано как «экспериментальная ипохондрия». В результате исследований автор пришел к выводу, что условные интерорецептивные рефлексы вырабатываются с большим трудом и только после большого количества сочетаний, но затем они становятся крайне инертными, неугасимыми. Этот факт, установленный в условиях лаборатории, имеет большое значение для объяснения клинических явлений, для понимания стойкости их интерорецептивных связей и малой эффективности терапевтических воздействий. Заслуживает большого внимания возможность возникновения «экспериментальной ипохондрии», характеризующейся своеобразными жалобами на неприятные, мучительные ощущения и плохое самочувствие.

В работах Ю. Е. Сегаль, А. Т. Пшоники и В. С. Куликовой сообщается о плетизмографических исследованиях восьми больных с ипохондрическим синдромом; у двух из них ипохондрические явления были связаны с соматическими расстройствами, а у шести были выражением шизофренического процесса.

Анализ данных экспериментальных исследований сосудистых реакций с ипохондрическим синдромом показал, что они весьма лабильны и разнообразны и находятся в зависимости от психического состояния. Изменения плетизмограмм особенно значительны у больных с жалобами на неприятные ощущения со стороны сердца и на затруднения дыхания. Так бывает преимущественно у больных первой группы, тогда как у больных шизофренией при первых же исследованиях получаются более ровные плетизмограммы с правильным пульсовым ритмом и заторможенными дыхательными колебаниями.

Заслуживает внимания работа С. И. Когана, который ставит вопрос об особых ипохондрических психозах. Как и только что названные авторы, основное в патогенезе он видит в нарушении интерорецептивной сигнализации. В качестве лабораторного метода С. И. Коган применял плетизмографию. Он также констатировал, что характер плетизмограммы зависит от психического состояния исследуемого. Более или менее монотонной эмоциональной окраске соответствует нулевая или близкая к ней плетизмограмма, а состоянию тревоги или беспокойства — неправильный, изменчивый характер плетизмографической кривой. У больных был обнаружен ряд отклонений в формировании и течении безусловных сосудистых рефлексов. Лабораторные исследования проведены тщательно, но описания клинических данных автор не дает, если не считать кратких замечаний о каждой больной. Этим нужно объяснить ошибочное, по нашему мнению, утверждение автора о существовании особых ипохондрических психозов.

В своей работе мы хотели бы остановиться на двух группах ипохондрических расстройств, наблюдающихся при неврозах и шизофрении. Первая группа включает расстройства, отличающиеся по клинической картине и условиям развития. В этой группе особенно приходится считаться с соматической недостаточностью, иногда с выраженными соматическими заболеваниями. Неврозы нередко трудно отделить от психопатий: это необходимо учитывать и при изучении ипохондрических расстройств. Имея все это в виду, нетрудно понять, что картина ипохондрических расстройств в этой группе должна быть очень разнообразна.

Однако то же относится и ко второй группе, в которой ипохондрические расстройства связаны с шизофреническим процессом. Нужно учесть все разнообразные формы этого заболевания. Повышенной рани-

мостью нервной системы у людей, болеющих шизофренией, следует объяснить то, что в ряде случаев болезнь дебютирует симптомами, похожими на невротические. Их, однако, нужно отличать от неврозов, так как они зависят от астении, характеризующей начальные этапы шизофрении.

Приводим данные наших наблюдений и исследований, относящихся к обеим группам.

Наблюдение I. Больной К., 45 лет, поступил в стационар со следующим направлением районного психиатра.

«Направляется К..., в прошлом стационарировался несколько раз в психиатрической лечебнице. За последний год ухудшение. Появились повышенная утомляемость, упорные головные боли, плохой сон. В последний месяц перестал справляться с работой, стал чувствовать свое сердце, появились боли, боязнь умереть от «спазмов сердца». В течение трех недель находился в соматической больнице, где со стороны сердца не выявлено никакой патологии. Больной астенизирован, крайне ипохондричен, эмоционально лабилен, слабодушен, тосклив, заторможен, говорит тихим голосом, отвечает после пауз, говорит о нежелании жить, но суицидальные намерения отрицает».

Анамнез. Развитие в детстве правильное. Учился хорошо. Окончил технический вуз, с тех пор работает инженером почти все время в одном и том же предприятии, с работой, по объективным сведениям, справляется хорошо. С юных лет тревожно-мнительный, чувствительный. Женат, с женой отношения хорошие, в браке 23 года, имеет двух детей. Впервые заболел в 1934 г. после смерти сына; были галлюцинации психогенного содержания, состояние тоски. Работы не бросал, лечился амбулаторно в Институте физиотерапии, хорошо поправился. В 1943 г. в связи с перегрузкой по работе и материальными трудностями возобновилось тоскливое состояние, появились идеи отношения, неприятные ощущения в области сердца, сопровождающиеся страхом. Находился два месяца в больнице им. Кащенко, хорошо поправился и был выписан на работу. За последние два года наблюдается ухудшение состояния в связи с неприятностями из-за квартиры; стал нервен, раздражителен, быстро утомляется. Резкое ухудшение наступило в декабре после того, как было возобновлено судебное дело по поводу того, что больной занял непринадлежащую ему жилплощадь. У больного начались приступы сердцебиений, страха. С диагнозом «прединфарктное состояние» он был направлен в соматическую больницу. Этот диагноз не подтвердился, и больной был выписан на работу. Страхи, неустойчивость настроения продолжались, работать не мог и по путевке районного психиатра с диагнозом шизофрении направлен в больницу им. Кащенко.

Терапевтический осмотр обнаружил умеренно выраженную эмфизему легких, ангионевроз, спайки после аппендэктомии.

Неврологически органических признаков патологии не отмечается. Кровь, моча в пределах нормы.

Психическое состояние. При поступлении правильно ориентирован, доступен. Несколько пониженный фон настроения. Жалуется на головные боли, бессонницу, боли в области сердца. Опасается за свое сердце, уверен, что у него «стенокардия». Фиксирован на создавшейся ситуации, считает, что длительная борьба за жилплощадь вывела его из равновесия. Психотических симптомов нет. Интеллект без грубых нарушений. В последующем в поведении отмечались невротические явления.

Проведено лечение сном с инсулином (гипогликемические дозы).

Выписан со значительным улучшением на работу.

Диагноз: реактивно обусловленный астено-ипохондрический синдром.

Больной был исследован в лаборатории высшей нервной деятельности Института психиатрии по методике речевого подкрепления и по сосудистой методике (Ю. Е. Сегаль). Условная двигательная реакция образовалась на втором сочетании и сразу же упрочилась. Дифференцировка со второго сочетания растормаживалась. Условный тормоз упрочился также со второго сочетания. Словесный отчет свидетельствует о правильном отражении во второй сигнальной системе как раздражителей, так и реакций и связи между ними. Легко установился стереотип. К концу опыта отмечались истощаемость, падение силы реакции. Как замыкающая функция коры, так и течение внутреннего торможения характерных для шизофрении патологических изменений не обнаруживаются.

Для шизофрении, по данным многочисленных лабораторных исследований В. П. Протопопова и его сотрудников, а также других исследователей, наиболее характерны нарушение замыкательной функции коры и наличие гипноидных состояний. В данном случае отсутствовало

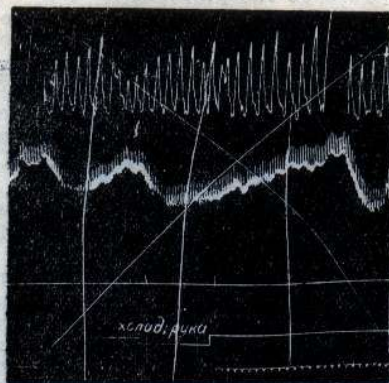


Рис. 1. Больной К. Безусловная экстерорецептивная холодовая реакция.

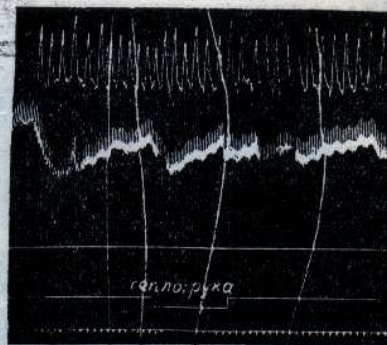


Рис. 2. Больной К. Безусловная экстерорецептивная тепловая реакция.

и характерное для больных шизофренией нарушение взаимодействия сигнальных систем.

Плетизмограмма больного представляла картину, напоминающую так называемый «сосудистый невроз», описанный К. М. Быковым и А. Т. Пшоником, или резкие волнообразные колебания — так называемую «игру сосудов». Сосудистые колебания в первое время часто были заторможены или инвертированы, в дальнейшем они нормализовались (рис. 1, 2).

Таким образом, клинико-психопатологическое исследование вместе с данными изучения нейродинамики помогает отграничить данное заболевание от шизофрении.

Иную оценку приходится дать в следующем случае.

Наблюдение 2. Ф. А. М., 1927 г. рождения, слесарь, поступил на лечение 29.XI 1953 г., выбыл 11.IV 1954 г.

Анамнез. В семье психически больных не было. Отец погиб на фронте, по характеру был человеком нелюдимым, угрюмым; мать спокойная, трудолюбивая.

Ребенком был живым, общительным. С восьми лет пошел в школу. Учился плохо, шалил. В четвертом классе на экзамене почему-то отказался отвечать преподавателю, сам не мог объяснить почему, потом очень был огорчен по этому поводу. Окончил пять классов и пошел работать в колхоз, где и прожил до 1944 г., с 1944 г. по 1953 г. был в армии. После демобилизации поступил на работу слесарем, работал хорошо, но был замкнут, уединялся. С родными был общителен, вспыльчив и раздражителен, изредка выпивал. В сентябре 1953 г. во время чистки колодца почувствовал себя плохо, стал говорить, что отравился газом, считал, что умирает, прощался с близкими. Такое состояние продолжалось около часа, затем прошло. Характеризует себя как человека мнительного, необщительного, замкнутого, тяжело переживающего жизненные трудности и неприятности.

Считает себя больным с 3 ноября 1953 г., когда почувствовал слабость, казалось, что умирает. Такие состояния стали повторяться. 8 ноября 1953 г. вечером, когда вернулся с работы, почувствовал слабость, свет лампочки показался необычным. На улице казалось, что все на него смотрят, так как у него сумасшедшие глаза. Не узнавал себя в зеркале, казалось, что глаза стали белыми. 24 ноября ночью, проснувшись, увидел на своей кровати товарища, накрытый стол. Это дли-

лось мгновение и исчезло. Появились беспричинные смех и слезы, на что окружающие обращали внимание. Именно это, по словам больного, заставило его обратиться к врачу, который направил его в институт психиатрии.

Физическое состояние. Систолический шум у верхушки сердца, значительный акцент второго тона на аорте. Артериальное давление 105/50 мм, пульс лабильный, 80—120 ударов в минуту. Со стороны органов брюшной полости изменений нет. По заключению терапевта, имеются явления гипертиреоза.

Неврологически: зрачки равномерны, реакция на свет, конвергенцию и аккомодацию живая. Сухожильные рефлексы живые, патологических нет. Отмечаются потливость, акроцианоз, красный разлитой дермографизм, дрожание пальцев вытянутых рук.

Клинические анализы. В моче ничего патологического. Анализ крови: гемоглобина 76%; лейкоцитов — 5000, лейкоцитарная формула: эозинофилов — 1, палочкоядерных — 4, сегментированных — 61, лимфоцитов — 30, моноцитов — 4; РОЭ 7 мм в час. RW отрицательна.

Психическое состояние. При поступлении правильно ориентирован, волнуется, неточно отвечает на вопросы, часто сбивается, говорит, что путаются мысли, все забыл, не может вспомнить.

В отделении уединяется, избегает общества больных, объясняет это тем, что у него обрываются мысли и он не может поддерживать разговор. Испытывает приступы страха смерти, вдруг темнеет в глазах, тело наливается смертельным холодом, слабеет, появляются звон в голове, «волны электричества». Кажется, что вот-вот умрет. В такие минуты больной вынужден ложиться в кровать. Это состояние продолжается минут 15—20. Больше всего больного беспокоят разнообразные неприятные ощущения: «сердце сократилось, замирает, нет пульса, ноги наливается тяжестью, весь слабею и чувствую, что умираю».

Говорит об этом со слезами, очень взволнован, нет критического отношения к своему состоянию. Настроение подавленное, поглощен своими ощущениями. Ночью спит плохо, тревожат мысли о тяжелой болезни, прислушивается к своим неприятным ощущениям. Внимание односторонне направлено. Считает себя тяжело больным соматически. Психически больным себя не считает. Иногда обращается с просьбой выписать его умирать домой, так как помочь ему невозможно.

С другими больными вежлив, но мало общителен, чаще всего лежит в постели, говорит, что чувствует себя крайне слабым. Больному проведена шоковая инсулинотерапия. Инсулин в первое время усиливал неприятные ощущения со стороны сердца; тревожное состояние больного стало еще более выраженным, жаловался на углубленные тоски. 28.XII 1953 г. у него развился острый бронхит с повышенной до 38,6° температурой. В этот день состояние больного стало очень тяжелым, тоска, острый страх смерти, ночью плохо спал, был очень тревожен. Вместе с тем обострились бредовые идеи — считал, что над ним смеются, передразнивают, относил к себе отдельные слова, фразы, сказанные врачами, сестрами, другими больными, толковал все сказанное в плане бреда отношения. Бредовые идеи нестойки, они имели осциллирующий характер, то появлялись, то исчезали. При дозе инсулина в 50 м. ед. возникало состояние предшока с двигательным и речевым возбуждением, при дозе 60 м. ед. предшоковое состояние переходило в спокойный шок.

После 15 гипогликемических ком бредовые идеи исчезли, однако жалобы на неприятные ощущения со стороны сердца и желудка оставались очень упорными. Они прекратились только после окончания курса инсулинотерапии. 11.VIII больной был выписан на работу. До 21.XII он чувствовал себя хорошо, никаких жалоб не предъявлял, был активным, бодрым. В декабре без всякой видимой причины в теле вновь появились неприятные ощущения — покалывания, пощипывания, возобновился страх смерти. Бредовых идей при этом не высказывал. Больной стал более вял, медлителен. С больными мало общителен, но охотно беседует с врачом. Стал больше прислушиваться к словам врача, успокаивался. Мысли о смерти исчезли, ощущения в теле постепенно смягчились и вскоре совсем прошли.

Исследования больного в лаборатории высшей нервной деятельности института проводились с использованием методики плетизмографии и электроэнцефалографии. Основной фон плетизмограммы — заторможенный, с еле намечаемыми контурами волн второго порядка. Такого рода плетизмограммы, по данным В. П. Протопопова и его сотрудников, а также по данным нашей лаборатории, характерны для больных шизофренией. Сосудистые реакции отсутствуют на экстерорецептивные раздражители и более выражены на интерорецептивные (рис. 3). Харак-

на что окружаю-
ло его обратиться

шки сердца, зна-
105/50 мм, пульс
ной полости изме-
еоза.

т конвергенцию и
их нет. Отмечают
ание пальцев вы-

то. Анализ крови:
инофилов — 1, па-
оцитов — 4; РОЭ

ьно ориентирован,
нт, что путаются

яет это тем, что
Испытывает при-
тельным холодом,
ется, что вот-вот
то состояние про-
образные неприят-
навиваются тя-

еского отношения
ущениями. Ночью
к своим неприят-
тяжело больным
дается с просьбой

лежит в постели,
поковая инсулино-
о стороны сердца;
рощался с окру-
вался на углубле-
ной до 38,6° тем-
м, тоска, острый
тем обострились
относил к себе
льными, толковал
они имели осцил-
лина в 50 м. ед.
кдением, при дозе

нако жалобы на
очень упорными.
11.VIII больной
никаких жалоб не
и причины в теле
ния, возобновился
стал более вял,
ном. Стал больше
счезли, ощущения

ой деятельности
тизмографии и
— заторможен-
е. Такого рода
сотрудников, а
больных шизо-
цептивные раз-
рис. 3). Харак-

терно, что условная интерорецептивная сосудистая реакция адекватна при отсутствии безусловной реакции.

Подобные данные, по наблюдениям Ю. Е. Сегаль, характеризуют параноидные и ипохондрические синдромы. Почти отсутствуют реакции на словесный раздражитель (рис. 4). Условные сосудистые реакции в некоторые дни исследования имелись, но не упрочивались.

Исследование электрической активности мозга больного показывает общее угнетение амплитуды биотоков мозга, нерегулярный альфа-ритм

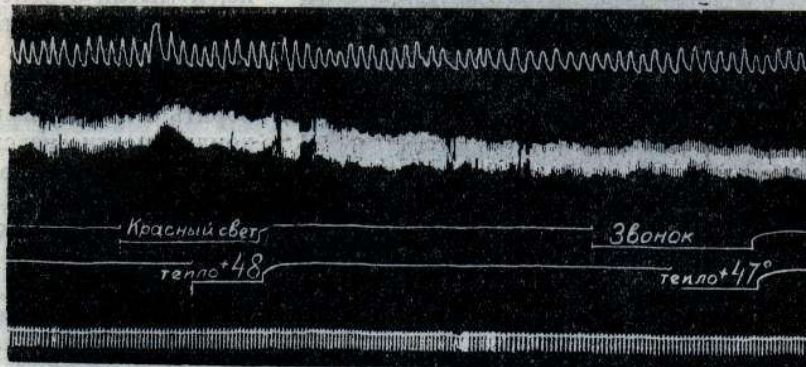


Рис. 3. Больной Ф. Условная и безусловная интерорецептивные реакции; условная и безусловная экстерорецептивные реакции.

в затылочных, височных и теменных областях. В отдельные дни отмечается межполушарная асимметрия, но она не постоянна. Реакция на ритмический световой раздражитель почти отсутствует (рис. 5).

Данные клинического наблюдения и проведенные исследования приводят к мысли, что в рассматриваемом случае речь идет об ипохондрической форме шизофрении.

Некоторые особенности со стороны сердечно-сосудистой системы, явления гипертиреоза делают понятной ипохондрическую фиксацию больного. Далее нарастает и типичная шизофреническая симптоматика: обрывы мыслей, не узнает себя в зеркале, появляются идеи отношения, преследования, бредовая интерпретация окружающего. Бредовые идеи особенно раскрываются во время инсулинотерапии. Течение заболевания с ремиссиями; при повторном поступлении отмечается нарастание вялости и аутизма.

Как видно из всех приведенных клинических и лабораторных данных, ведущим в патофизиологических изменениях при ипохондрических расстройствах является нарушение интерорецепции. Но этот момент не является единственно решающим. Интерорецептивные сигналы со стороны внутренних органов всегда имеют место и могут быть очень интенсивными, но они не всегда приводят к патологическим нарушениям. К мысли о болезни с фиксацией внимания на ней интерорецептивные ощущения могут привести только при ослаблении деятельности коры, которое может быть обусловлено различными причинами. Почему ипохондрические явления сравнительно часты у больных с органическими заболеваниями в позднем возрасте при пресенильных психозах? Ответ заключается в указании, что в этих случаях происходит ослабление деятельности коры вследствие ее заторможенности или развития более грубых изменений. Ослабление деятельности коры может быть обусловлено длительной психической травматизацией,

неблагоприятно сложившейся жизненной ситуацией; таким образом, кроме интерорецепции, может иметь значение и экстерорецепция, понимаемая в самом широком смысле. Могут создаваться такие условия, при

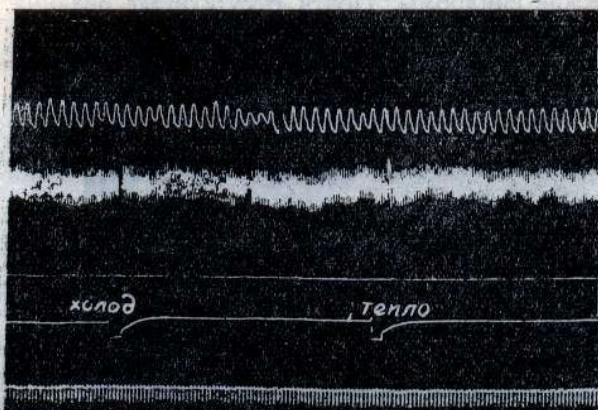


Рис. 4. Больной Ф. Сосудистые реакции на словесные раздражители.

которых интерорецептивные ощущения оказываются особенно действенными и приводят к неправильной оценке, к мысли о болезни, которой в действительности нет.

Иногда можно говорить о простой ипохондричности, не складывающейся в определенный синдром. Так бывает у некоторых органиков в пожилом возрасте. В том и другом случае происходят нарушения в области

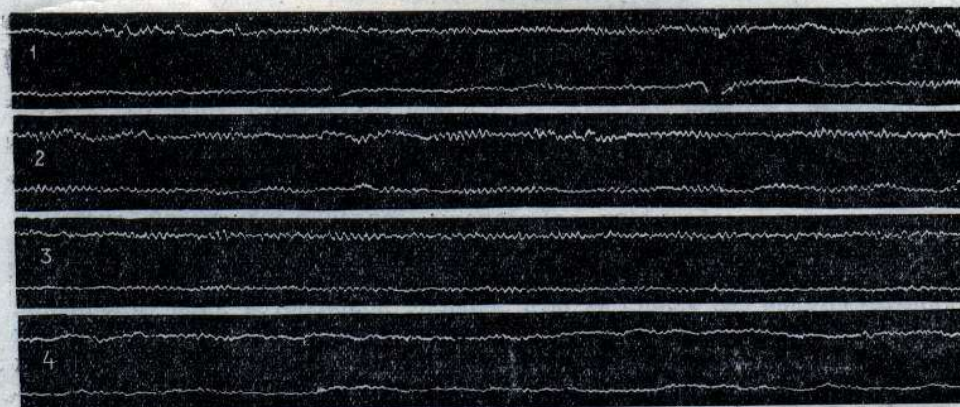


Рис. 5. Больной Ф. Электроэнцефалограмма: верхняя линия — левая сторона, нижняя — правая сторона.

1 — затылочные области, 2 — теменные области, 3 — височные области, 4 — лобные области.

интерорецепции, с одной стороны, и ослабление деятельности коры, с другой. Наиболее значительные различия имеются между невротически-

ми и шизофреническими ипохондрическими расстройствами. В первом случае (наш первый пациент) ослабление функциональной деятельности коры зависит только от торможения и потому, по существу, обратимо.

Между тем при ипохондрической форме шизофрении, к которой относится второй случай, изменения в мозгу носят более глубокий характер. Этой форме свойственно более тяжелое течение болезни, чем она близка к параноидной форме шизофрении.

Выделение ипохондрического синдрома с описанием особенностей симптоматики, вскрываемых при физиологических исследованиях, мы считаем очень важным не только для изучения ипохондрических расстройств вообще, но и для дифференцирования различных заболева-

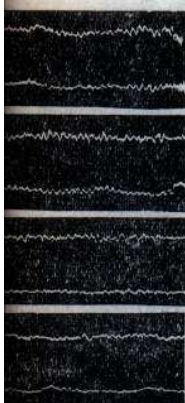
ний, при
ренциаль
болеван
значение
свойств
как они
ющихся
граничен
явлений
изучение
лом част
ных пост
дические
жившей
вающейся

Для
всего им
понимани
нейродин
шем случ
тельное
помогло
Во второ
новлен у
чай тоже
лось нед
наступил
ремитиру
рое труд
ратории
смысле
таких сл
этих бол
нарушени
приступа
могут бы
закончив
в которо
лением.

Ал
Сер
«Проблем
Сер
синдрома,
Кул
циях при
М.—Л., 19
Ког
ваемых
им. С. С.
Про
1955.
Моск

аким образом, цепция, пони условия, при интерорецеп-ощущения ока-я особенно дей-и и приводят вильной оцен-сли о болезни, в действитель-ет.

гда можно го-простой ипо-ости, не скла-йсь в опреде-синдром. Так некоторых ор-в пожилom воз-том и дру-ае происходят в области-ности коры, с невротически-



левая сторона,

лобные области.

ми. В первом деятельности ву, обратимо. ни, к которой глубокий ха-езни, чем она

особенностей дованиях, мы рических рас-ых заболева-

ний, при которых они наблюдаются. Для решения вопроса о дифференциальном диагнозе необходимо, однако, учитывать всю картину заболевания. При анализе явлений навязчивости при психастении большое значение имеет установление связи с тревожно-мнительным характером, свойственным этим больным. Учет психических изменений в целом, так как они развивались в жизни, важен и в других случаях, характеризующихся наличием ипохондрических нарушений. В особенности важно отграничение ипохондрических явлений при неврозах от аналогичных явлений при шизофрении. Основным в данном случае нужно считать изучение личности больного в целом. У больного шизофренией в прошлом часты неадекватные, непонятные реакции, много странных, непонятных поступков. У больных этого рода возможны кратковременные эпизодические психические нарушения, чем-то приближающиеся к вполне сложившейся картине шизофрении, быстро, как будто бесследно, оканчивающиеся, но в дальнейшем повторяющиеся в той же форме.

Для изучения ипохондрических расстройств, естественно, прежде всего имеет значение ознакомление с клиническими данными. Но для понимания их существа нужны также результаты исследования обмена, нейродинамики, биотоков мозга, данные плетизмографии. В первом нашем случае больной поступил с диагнозом шизофрении, и только тщательное клиническое наблюдение с применением лабораторных методов помогло установить, что речь идет о невротическом развитии личности. Во втором случае диагноз ипохондрической шизофрении мог быть установлен уже на основании клинического наблюдения, но у нас были случаи тоже с ремитирующей шизофренией, когда одного наблюдения оказалось недостаточно. Лабораторные данные помогают решить и вопрос, наступило ли выздоровление или налицо только ремиссия. Приступы ремитирующей шизофрении могут заканчиваться таким состоянием, которое трудно оценить иначе, как выздоровление, но исследования в лаборатории могут показать, что речь идет не о выздоровлении в полном смысле слова. Те или другие нарушения, если они ясно выражены в таких случаях, заставляют более осторожно высказываться о будущем этих больных. Это вполне естественно. Если В. П. Протопопов находит нарушения в физиологических процессах в светлые промежутки между приступами маниакально-депрессивного психоза, то они с постоянством могут быть обнаружены у больных шизофренией после благополучно закончившегося приступа. Таким образом, и очень хорошее состояние, в котором был выписан больной во втором случае, не было выздоровлением.

ЛИТЕРАТУРА

- Alliez J. et Cain, Psychasténies préschizophreniques, L'Encephale, № 7, 1949.
 Сегаль Ю. Е., Клиника посттравматических ипохондрических состояний, «Проблемы современной психиатрии», М., 1948.
 Сегаль Ю. Е., Патологическая структура раневого ипохондрического синдрома, «Проблемы кортико-висцеральной патологии», М., 1949.
 Куликова В. С., Пшоник А. Т. и Сегаль Ю. Е., О сосудистых реакциях при ипохондрическом синдроме, «Проблемы кортико-висцеральной патологии», М.—Л., 1952.
 Коган С. И., О некоторых нарушениях сосудистых реакций при так называемых ипохондрических психозах, Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 12, 1953.
 Протопопов В. П., Обмен веществ при маниакально-депрессивном психозе, 1955.
 Москва.