

## Структура коморбидной нервно-психической патологии у больных катарактой

А.А. Евсеева<sup>1</sup>, Ю.А. Антропов<sup>2</sup>, С.Л. Кузнецов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Пензенский государственный университет, медицинский институт, Пенза  
<sup>2</sup> ГБОУ ДПО Пензенский институт усовершенствования врачей МЗ СР РФ, Пенза

**Резюме.** Исследования больных катарактой по методике Айзенка и Леонгарда Шмишека показали преобладание среди них меланхоликов — интравертов и возбудимых личностей. Типичными коморбидными расстройствами у возбудимых мужчин, больных катарактой, являются слабо выраженная подавленность при наличии ощущения замедленности движений и внутреннего напряжения, диссомния. В меньшей степени эти расстройства проявляются у эмотивных мужчин. У возбудимых женщин, больных катарактой, преобладает аффективная составляющая коморбидной патологии, достигающая степени глубокой угнетенности и отчаяния. Типично ощущение замедленности движений, сочетающееся с состоянием неусидчивости. Характерны значительные невротические расстройства с чувством болезненного дискомфорта и периодической паникой. У больных катарактой женщин с различным типом личности проявления коморбидной патологии отличаются в основном степенью ее выраженности.

Наличие достаточно четкой корреляции между типом личности больных катарактой и структурой коморбидной нервно-психической патологии дает основание считать целесообразным включение личностных методов (например, методики Леонгарда — Шмишека) в комплекс дооперационного обследования. Это позволит своевременно диагностировать коморбидную нервно-психическую патологию и с позиций доказательной медицины соответственно дополнить терапевтическую программу конкретного больного.

**Ключевые слова:** катаракта, коморбидная нервно-психическая патология, темперамент, личность.

### The Structure of Comorbid Nervous-Mental Pathology in Patients with Cataract

A.A. Evseeva<sup>1</sup>, Yu.A. Antropov<sup>2</sup>, S.L. Kuznetsov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Penza State University, Medical Institute, Penza

<sup>2</sup> Penza State Medical Institute for Post-Graduate Studies, Russia, Penza

**Summary.** Some patients with cataract have been examined by Ajzenk and Leongard-Shmishkek method. The results have shown that melancholic ones predominate — intraverts and excited persons. Excited males with cataract have typical comorbid disorders, i.e. weak suppression with some feelings of slow movements and inner tension, disomnia. Emotive males have such kind of disorders as well but in less degree. In excited females with cataract affective component of comorbid pathology predominates. The case is characterized with deep depression and despair. The feeling of slow movements is combined with unpersevering state. Neurotic disorders with the feeling of painful discomfort and time-to-time panic are observed as well. Females with cataract with different types of personality have different manifestation of comorbid pathology.

So, there is precise correlation between the type of personality with cataract and the structure of comorbid nervous-mental pathology. Hence, this fact is found to be reasonable in use personality's methods (e.g. Leongard-Shmishkek method) during preoperative examination. It allows to put the diagnosis comorbid nervous-mental pathology on time, and from the point of view of demonstrative medicine to make clearer and deeper the treatment program of the patient.

**Key words:** cataract, comorbid nervous-mental pathology, temperament, personality.

Нервно-психические нарушения при катаракте, как и при других соматических заболеваниях, включают соматогенные психические расстройства и реакцию личности на заболевание. Соматогенно обусловлено снижение яркости и остроты восприятия окружающего мира, что сопровождается понижением уровня бодрствования, эмоциональной заряженности ответных реакций и возникновением депрессивной симптоматики, а также появлением внутреннего дискомфорта и страха (Неумывайкин А.Я., Гилилов Е.И., 2001; Бойко Э.В., Сысоев В.Н., Новик А.А., Кузмичева О.В., 2010).

Реакция больного на заболевание катарактой зависит от его представления о заболевании, темпа развития и выраженности заболевания и главным образом от особенностей личности больного (Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., 1984). По данным литературы, выделяются различные варианты отношения к болезни, имеющие патологический характер. Л.Л. Рохлин (1976) указывает на возможность астено-депрессивного, психастенического, ипохондрического, истерического и эйфорического анозогнозического реагирования на соматическое заболевание. В.Ф. Матвеев и Д.Ч. Темоев (1984), изучая нервно-психические нарушения при сле-

поте, пришли к выводу, что типичными в этих случаях являются астенические проявления с навязчивостями и ипохондрический синдром. Характер коморбидных нервно-психических расстройств при катаракте остается малоизученным и не получил в литературе достаточного освещения (Шорихина О.М., 2010; Панова И.Е., Пилат А.В., Бабайлова О.М., 2010, и др.).

Цель — изучить структуру коморбидной нервно-психической патологии у больных катарактой.

#### Материалы и методы

Нами обследовано методом сплошной выборки 75 больных катарактой, находившихся на стационарном лечении. Из них 57 женщин и 18 мужчин. Возраст больных был от 57 до 89 лет ( $71,3 \pm 6,8$  года). При оценке гендерного соотношения необходимо учитывать, что средняя продолжительность жизни в нашей стране у мужчин 58 лет, а у женщин — 72 года. Были использованы следующие методики исследования: личностный тест Леонгарда–Шмишека и опросник Г. Айзенка; клинико-психопатологическая методика, шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберга, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. Обследование пациентов проводилось в раннем предоперационном периоде (за 2–3 суток до операции).

#### Результаты

Результаты исследования структуры темперамента по методике Г. Айзенка представлены в табл. 1.

Среди мужчин, больных катарактой, преобладали люди с флегматическим темпераментом (66,7 %), у остальных мужчин имел место меланхолический темперамент. Все мужчины были интровертами. Структура темпераментов у женщин, страдающих катарактой, была иной: почти у половины из них (49,1 %) был выявлен темперамент меланхолик-интроверт. Многие женщины, больные катарактой, имели темперамент холерик-экстраверт (36,8 %). Меньше всего было больных с темпераментами сангвиник-экстраверт и флегматик-интроверт. Нельзя не отметить факт преобладания в общем контингенте исследованных нами больных катарактой людей с темпераментом меланхолик-интроверт (45,3 %).

Результаты исследования личностных особенностей больных катарактой по методике Леонгарда–Шмишека представлены в табл. 2.

Обращает на себя внимание тот факт, что среди больных катарактой почти половина (46,7 %) — личности возбудимого типа, а также большое количество больных с эмотивным типом личности. У мужчин были выявлены только возбудимые и эмотивные личности, при этом эмотивные личности несколько преобладали. У женщин спектр личностных типов достаточно разнообразен, однако преобладают больные с возбудимым типом (47,3 %). Итак, больные катарактой мужчины по личностным особенностям чаще всего относятся к возбудимому или эмотивному типу, а женщины — к возбудимому и педантичному типу. Обобщая результаты исследования больных катарактой по методикам Г. Айзенка и

**Таблица 1. Данные исследования больных катарактой по методике Г. Айзенка**

Темперамент	Женщины, n=57		Мужчины, n=18		Всего, n=75 %
	абс.	%	абс.	%	
Сангвиник-экстраверт	5	8,8	-	-	6,7
Холерик-экстраверт	21	36,8	-	-	28,0
Флегматик-интроверт	3	5,2	12	66,7	20,0
Меланхолик-интроверт	28	49,1	6	33,3	45,3
Всего	57	100	18	100	100,0

**Таблица 2. Данные исследования больных катарактой по методике Леонгарда–Шмишека**

Тип личности	Женщины, n=57		Мужчины, n=18		Всего, %
	абс.	%	абс.	%	
Возбудимый	27	47,3	8	44,4	46,7
Педантичный	14	24,6	-	-	18,7
Эмотивный	6	10,5	10	55,6	21,3
Аффективно-экзальтированный	7	12,3	-	-	9,3
Дистимичный	3	5,3	-	-	4,0
Всего	57	100	18	100	100

Леонгарда–Шмишека, можно прийти к выводу, что в большинстве случаев больные катарактой имеют личностный профиль, структуру которого определяет меланхолик-интроверт возбудимого, эмотивного или педантичного типа. Они представляют собой личность нестабильную, тревожную, пессимистичную. При этом больные внешне очень сдержанные, вместе с тем чувствительны и эмоциональны с накапливающейся внутри раз-

дражительность, которая порою может прорываться с элементами агрессивности вовне. В ситуации стресса у них отмечается склонность к внутренней тревоге, депрессии, к срыву или ухудшению результатов деятельности.

У больных катарактой с различной структурой личности коморбидные проявления психоэмоциональных и других нервно-психических расстройств имели достаточно четкие отличия (табл. 3).

**Таблица 3. Коморбидная нервно-психическая патология у больных катарактой с различной структурой личности (результаты исследования по шкале Монтгомери–Асберга)**

Признаки	Возбудимый, n=35 чел./%		Педантичный, n=14 чел./%		Эмотивный, n=16 чел./%		Афф.-экзальт, n=7 чел./%		Дистимичный, n=3 чел./%	
	м., n=8	ж., n=27	м.	ж., n=14	м., n=10	ж., n=6	м.	ж., n=7	м.	ж., n=3
<b>1. Объективные (наблюдаемые) признаки подавленности</b>										
0=отсутствие	2/25	4/14,8			5/50	3/50		1/14,3		
2=настроение легко улучшается	6/75	9/33,3		9/64,3	4/40	1/16,7		6/85,7		3/100
4=подавленный большую часть времени		14/51,9		5/35,7	1/10	1/16,7				
6=угнетенный все время						1/16,7				
<b>2. Субъективные (высказываемые) признаки подавленности</b>										
0=связанные с внешними обстоятельствами	4/50	8/29,6			7/70	4/66,7		1/14,3		1/33,3
2=настроение, легко поддающееся улучшению	4/50	11/40,7		7/50	3/30	1/16,7		1/14,3		
4=настроение еще подвержено влиянию внешних событий		7/25,9		7/50		1/16,7		5/71,4		2/66,7
6=неизменное чувство подавленности		1/3,7								
<b>3. Внутреннее напряжение</b>										
0=только чувство внутреннего напряжения	6/75	4/14,8			9/90	4/66,7		2/28,6		
2=эпизодическое чувство раздражения	2/25	15/55,6		8/57,1	1/10	1/16,7				1/33,3
4=постоянное чувство внутреннего напряжения		8/29,6		6/42,9		1/16,7		5/71,4		2/66,7
6=выраженный страх										
<b>4. Недостаточный сон</b>										
0=обычный сон	4/50	3/11,1		1/7,1	7/70	2/33,3		1/14,3		1/33,3
2=затрудненное засыпание	3/37,5	22/81,5		10/71,4	3/30	4/66,7		5/71,4		2/66,7
4=укороченный сон	1/12,5	2/7,4		3/21,4				1/14,3		
6=менее 2–3 часов сна										
<b>5. Снижение аппетита</b>										
0=нормальный или повышенный аппетит	5/62,5	10/37,04		3/21,4	6/60	3/50		2/28,6		1/33,3
2=сниженный аппетит	3/37,5	13/48,1		7/50	4/40	1/16,7		5/71,4		2/66,7
4=отсутствие		4/14,8		3/21,4		2/33,3				
6=необходимость принуждения				1/7,1						
<b>6. Нарушение концентрации внимания</b>										

0=нет нарушений	5/62,5	15/55,6		2/14,3	10/100	3/50			
2=эпизодические	3/37,5	2/7,4		3/21,4		1/16,7		1/14,3	1/33,3
4=затруднения концентрации		10/37,04		9/64,3		1/16,7		6/85,7	2/66,7
6=утрата способности читать						1/16,7			
7. Апатия									
0=отсутствие	4/50	5/18,5		3/21,4	6/60	3/50		1/14,3	
2=затруднения начать деятельность	4/50	14/51,9		8/57,1	4/40	2/33,3		6/85,7	3/100
4=затруднения начать деятельность, выполнение которой требует дополнительных усилий		7/25,9		3/21,4		1/16,7			
6=полная апатия		1/3,7							
8. Утрата способности чувствовать									
0=нормальный интерес	6/75	5/18,5		3/21,4	8/80	4/66,7		1/14,3	
2=снижение способности получать удовольствие	2/25				1/10				
4=утрата интереса к окружающему		21/77,8		11/78,6	1/10	2/33,3		5/71,4	3/100
6=эмоциональный паралич		1/3,7						1/14,3	
9. Пессимистические мысли									
0=отсутствие	8/100	11/40,7		1/7,1	10/100	4/66,7		1/14,3	
2=эпизодические		9/33,3		11/78,6		1/16,7		6/85,7	3/100
4=постоянные		7/25,9		1/7,1		1/16,7			
6=бредовые идеи									
10. Суицидальные мысли									
0=жизнь прекрасна	7/87,5	10/37,04		3/21,4	10/100	4/66,7		2/28,6	1/33,3
2=усталость от жизни	1/12,5	13/48,1		9/64,3				5/71,4	2/66,7
4=возможно лучше умереть		4/14,8		2/14,3		2/33,3			
6=планирование совершения самоубийства									

В группе возбудимых личностей у мужчин, больных катарактой, как объективные, так и субъективные признаки подавленности выражены слабо. Больные в большинстве своем сохраняют обычный интерес к происходящему вокруг. У них отсутствуют пессимистические мысли. Тем не менее половина больных испытывает затруднения собраться с мыслями, начать ту или иную деятельность. У подавляющего большинства мужчин, больных катарактой, отмечается чувство замедленности и внутреннего напряжения, эпизодическое чувство раздражения или болезненного дискомфорта. У каждого второго больного нарушен сон. Аппетит же у большинства больных не нарушен или несколько повышен. Это придает своеобразие невротическому симптомокомплексу, наблюдающемуся у этой категории мужчин, больных катарактой.

В группе возбудимых личностей у женщин, страдающих катарактой, и объективные и субъективные признаки депрессии проявляются зна-

чительно сильнее и ярче, достигая в 30 % случаев чувства глубокой угнетенности и отчаяния. Более чем у половины женщин преобладают пессимистические мысли и даже появляются мысли о самоубийстве. У подавляющего большинства женщин, больных катарактой, отмечается утрата интереса к окружающему, к друзьям и знакомым. Характерной особенностью их является ощущение нарастающей медлительности, снижение активности, особенно включения в деятельность, сочетающееся с неусидчивостью. Расстройство сна наблюдается практически у всех женщин, но обычно в легкой степени. Снижение или отсутствие аппетита имеет место более чем у половины женщин. Характерным для возбудимых женщин, страдающих катарактой, является внутреннее напряжение с эпизодическим чувством страха, раздражения или болезненного дискомфорта, а нередко и с периодической паникой.

В группе педантичных личностей у женщин (в нашей выборке таковыми оказались только жен-

щины) отмечена большая по сравнению с возбудимыми личностями глубина как объективных, так и субъективных проявлений подавленности и угнетенности. В большей мере их заполняют пессимистические мысли и в полтора раза чаще возникают мысли о самоубийстве. Примерно так же, как у возбудимых женщин, проявляется ощущение замедленности в движениях, снижение чувственного отношения к окружающему и двигательной активности, сочетающееся с неусидчивостью. У женщин этой группы более выраженными оказались нервно-психические расстройства: почти в два раза чаще наблюдались постоянное чувство внутреннего напряжения, страха и периодически возникающая паника. Выраженными были нарушения сна и аппетита, затруднения в концентрации внимания со снижением способности читать или поддерживать разговор.

В группе эмотивных личностей у половины больных катарактой как мужчин, так и женщин отсутствовали объективные признаки подавленности. Субъективные признаки угнетенности также в большинстве случаев имеют малую выраженность. У мужчин не возникают пессимистичные мысли, больные спокойны, хотя и испытывают чувство внутреннего напряжения. Многие мужчины, больные катарактой, отмечают замедленность своих движений. В подавляющем большинстве случаев у них сохраняется нормальный интерес к окружающему и людям. Только у трети мужчин, больных катарактой, в легкой степени нарушается сон и аппетит. У эмотивных женщин, больных катарактой, субъективные переживания подавленности более выражены, чаще имеют место пессимистичные мысли, нередки и мысли о самоубийстве. При этом отмечается утрата интереса больных к окружающему и людям. У половины женщин наблюдались затруднения в выполнении повседневной деятельности. Более выражены по сравнению с мужчинами коморбидные невротические нарушения: у трети эмотивных женщин наблюдалось внутреннее напряжение с чувством раздражения, страха и периодически возникающей паникой. В два раза чаще имели место нарушения сна, аппетита, концентрации внимания.

В нашей выборке больных катарактой группу аффективно-экзальтированных личностей составили только женщины. Особенности их коморбидной нервно-психической патологии характеризовались наличием сочетания практически у всех больных мало выраженных объективных проявлений подавленности и субъективных переживаний глубоких чувств угнетения, депрессии. Подавляющее большинство женщин нередко возвращались к мыслям о неудачливости жизни, о своей малоценности для окружающих и даже к мыслям о самоубийстве. Наблюдались утрата интереса к окружающему, ощущение замедленности движений и затруднение в выполнении повседневной деятельности, сочетающееся с выраженной неусидчивостью. У женщин, больных катарактой, с этим личностным типом отмечены выраженные коморбидные психоэмоциональные расстройства:

в 71,4 % случаев наблюдалось постоянное чувство внутреннего напряжения, иногда чувство страха и периодически возникающая паника. Вместе с тем имевшие место у подавляющего большинства больных нарушения сна и аппетита не были выражены.

При объективном наблюдении больных катарактой женщин с дистимическим типом личности признаки подавленности проявляются не резко. Однако, как и в предыдущей группе — у аффективно-экзальтированных личностей, субъективно им присуще глубокое чувство угнетения. Мысли о неудачливости жизни имели место у всех дистимических женщин, больных катарактой, а более чем у половины из них появлялись и мысли о самоубийстве. Эти переживания возникали у всех женщин на фоне утраты интереса к окружающему, чувств к друзьям и снижения деятельной активности (характерной замедленности, проявляющейся главным образом в затруднении начать действие и сочетающейся с неусидчивостью). Психоэмоциональные коморбидные катаракте расстройства у больных этого психологического типа имеют довольно выраженный характер: у всех женщин отмечается чувство внутреннего напряжения либо в виде эпизодического раздражения, иногда страха, болезненного дискомфорта (у трети больных), либо в виде постоянного чувства раздражения с периодически возникающими состояниями паники. Характерно также нарушение концентрации внимания, приводящее к затруднению «собраться с мыслями», а часто (в 66,7 % случаев) и к снижению способности читать или поддерживать разговор. У большинства больных наблюдаются нарушения сна и аппетита.

Таким образом, типичными коморбидными расстройствами у возбудимых мужчин, больных катарактой, являются слабо выраженная подавленность при наличии ощущения замедленности движений, некоторого внутреннего напряжения и эпизодически возникающего чувства раздражения. Часто страдает сон, при этом аппетит может быть даже повышен («заедают подавленность»). У возбудимых женщин, больных катарактой, преобладает аффективная составляющая коморбидной патологии, достигающая степени глубокой угнетенности и отчаяния. Типично ощущение замедленности движений, сочетающееся с состоянием неусидчивости. Характерны значительные невротические расстройства с чувством болезненного дискомфорта и периодической паникой.

Наиболее выраженные аффективные расстройства в виде депрессивных переживаний с суицидальными тенденциями отмечены у женщин, страдающих катарактой, в группе педантичных личностей. Более чем у трети больных катарактой женщин наблюдается ощущение замедленности движений и в то же время состояние неусидчивости. У них же в наибольшей степени проявлялись нервно-психические нарушения: внутреннее напряжение, паника, нарушения сна, концентрации внимания со снижением способности читать или поддерживать разговор. Эмотивные мужчины,



страдающие катарактой, внешне спокойны, хотя и испытывают ощущения замедленности в движениях и чувство внутреннего напряжения. У некоторых из них не резко нарушается сон. Больные катарактой мужчины сохраняют обычный интерес к окружающему и людям. У эмотивных женщин, больных катарактой, аффективные расстройства более выражены, у них чаще имеют место пессимистичные мысли и даже мысли о самоубийстве. Отмечается утрата интереса этих женщин к окружающему и людям. Нередко наблюдаются затруднения в выполнении повседневной деятельности. У эмотивных женщин, больных катарактой, резко выражены невротические нарушения: внутреннее напряжение с чувством раздражения и периодически возникающей паникой, нарушения сна, аппетита, концентрации внимания.

Особенности коморбидной нервно-психической патологии у аффективно-экзальтированных женщин, страдающих катарактой, характеризовались сочетанием сравнительно легко выраженных объективных проявлений подавленности и субъективных переживаний глубоких чувств угнетения, депрессии, сопровождавшихся мыслями о неудачливости жизни, о своей малоценности для окружающих и иногда мыслями о самоубийстве. Более чем половина женщин испытывают ощущение замедленности движений и почти все отмечают неусидчивость. У больных катарактой женщин этой группы быстро нарастают утрата интереса

к окружающему и затруднения в выполнении повседневной деятельности, постоянное чувство внутреннего напряжения и периодически возникающая паника. При этом, нарушения сна и аппетита не бывают выраженными.

Больным катарактой женщинам с дистимическим типом личности при слабой выраженности внешних признаков подавленности присуще глубокое чувство угнетения с пессимистическими мыслями и утратой интереса к окружающему. Довольно выражены у этих больных снижение двигательной активности, а также чувство внутреннего напряжения, болезненного дискомфорта, раздражения, состояния паники. Сон и аппетит существенно не страдают.

**Выводы.** Наличие достаточно четкой корреляции между типом личности больных катарактой и структурой коморбидной нервно-психической патологии дает основание считать целесообразным включение личностных методик (например, методики Леонгарда-Шмишека) в комплекс дооперационного обследования. Это позволит своевременно, более точно и дифференцированно диагностировать коморбидную нервно-психическую патологию и с позиций доказательной медицины соответственно дополнить терапевтическую программу конкретного больного. В свою очередь это будет способствовать повышению эффективности лечения и, соответственно, повышению качества жизни.

### Литература

1. Асмолов А.Г. *Личность как предмет психологического исследования*. М., 1984. — 317 с.
2. Бойко Э.В., Сысов В.Н., Новик А.А., Кузьмичева О.В. *Качество жизни и психологический статус больных с глаукомой и катарактой* // *Глаукома*. — 2010. — № 1. — С. 21–25.
3. *Офтальмология. Клинические рекомендации* / Мошетова Л.К., Нестеров А.П., Егоров Е.А. М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — 352 с.
4. *Офтальмология. Национальное руководство* / Аветисов С.Э., Егоров Е.А., Мошетова Л.К., Нероев В.В., Тахчиди Х.П. М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2008. — 944 с.
5. Панова И.Е., Пилат А.В., Бабайлова О.М. *Оценка психологического статуса у офтальмологических больных* // *Вестник оренбургского государственного университета*. — 2010. — № 12. — С. 179–181.
6. Шорихина О.М. *Психические нарушения у пациентов с различными видами катаракты и при аномалиях рефракции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук*. — М. — 2010.
7. Gothwal K., Wright Th. et al. *Improvements in visual ability with first-eye, second-eye, and bilateral cataract surgery measured with the Visual Symptoms and Quality of Life Questionnaire* // *Journal of Cataract and Refractive Surgery*. — 2011. — Vol. 37. — P. 1208–1216.

### Сведения об авторах

**Евсеева Алена Андреевна** — клинический ординатор курса офтальмологии кафедры «Стоматология» Пензенского государственного университета Медицинского института. E-mail: a\_a\_evs@mail.ru

**Антропов Юрий Андреевич** — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии Пензенского института усовершенствования врачей. E-mail: ju\_antrop@mail.ru

**Кузнецов Сергей Леонидович** — к.м.н., доцент, заведующий кафедрой офтальмологии Пензенского института усовершенствования врачей. E-mail: slkclinic@gmail.com