



**В. М. Шевага, А. В. Паснок, А. М. Задорожний,  
Б. В. Задорожна**

Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького

## Деякі особливості психоемоційних змін у хворих на ниркову енцефалопатію

**Вступ.** Сьогодні лікарі загальної практики спостерігають неухильний ріст хронічних захворювань внутрішніх органів, які призводять до порушень нормального функціонування центральної нервової системи з поступовим виникненням енцефалопатії.

До метаболічних енцефалопатій належать ураження головного мозку внаслідок порушення гомеостазу в організмі у разі хронічної хвороби нирок [3, 6, 7]. Проте виникнення ниркової енцефалопатії провокують не тільки токсико-метаболічні порушення, а й артеріальна гіпертензія, яка є супутником хронічної хвороби нирок [1, 4, 8, 9].

Енцефалопатія, залежно від її стадії, виявляється різними неврологічними симптомами та ознаками хвороби чи інтоксикації, на ґрунті яких вона виникає. Це особливий стан мозку, який клінічно виявляється поєднанням різних неврологічних та психічних розладів [2].

Однак оскільки виникнення енцефалопатії на ранніх стадіях, зокрема ниркової, не супроводжується важкими деструктивними нейрональними порушеннями, а відбуваються лише функціональні зміни, питання мнестико-інтелектуальних порушень у цих хворих залишається дискусійним і вимагає подальшого дослідження.

**Мета дослідження.** Вивчити психоемоційні зміни у хворих на ниркову енцефалопатію методом стандартизованого багатofакторного обстеження особистості (СБОО).

**Матеріали і методи дослідження.** Обстежено 20 хворих на ниркову енцефалопатію, серед них 8 чоловіків (40,0 %) і 12 жінок (60,0 %) віком від 24 до 43 років (сер. вік  $38,73 \pm 0,76$ ). Згідно з МКХ-10, хронічна хвороба нирок I стадії була у 5 (25,0 %) обстежених хворих на ниркову енцефалопатію, II стадії – у 8 (40,0 %), III – у 4 (20,0 %), а IV – у 3 (15,0 %). Контрольну групу склали 22 практично здорові особи відповідного віку.

Для кількісно-якісної оцінки змін психоемоційної сфери хворих на ниркову енцефалопатію використали метод СБОО, що є модифікованим варіантом ММРІ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) та адаптований Л. Н. Собчик до наших умов [5]. Ця методика створена як тест, що диференціює норму від патологічного стану. Використання методики з метою диференційної діагностики під час психологічного дослідження допомагає виявити насамперед складну структуру психологічних проблем хворого. Будь-який клінічний стан визначається зламом психологічної цілісності особистості та забарвлюється переживаннями, що віддзеркалюють найбільш збережені сторони особистості хворого і реакцію на факт хвороби та її проявів. У разі виникнення психоемоційних змін у відповідь на хворобу актуальний (на час обстеження) стан хворого ще більш тісно асоційований зі стійкими особистісними якостями та ставленням до ситуації, що травмує психіку, яка виступає як патогенний чинник.

Методика побудована за типом опитувальника, проте оцінка отриманих під час дослідження показників ґрунтується не на прямому аналізі відповідей обстежуваного, а на результатах статистично підтвердженої дискретної значимості кожної відповіді порівняно з середніми нормативними даними. Відповідаючи на запитання, обстежуваний оцінює їх як «правильні» чи «неправильні» щодо його ствердження, які відображають його самопочуття, звички, особливості поведінки, ставлення до різноманітних життєвих явищ та цінностей, моральний бік цього ставлення, специфіку міжособистісних контактів, скерованість інтересів, рівень активності та настрою тощо. Автоматизований спосіб обробки показників виключає залежність отриманих результатів від особистості й досвіду експериментатора.

Під час обстеження використовували книжку-булет (чоловічий і жіночий варіанти), що містить 539 стверджень, серед них 16, що повторюються, для за-

стосування додаткової шкали достовірності «тест-ретест».

Використовували бланк відповідей із номерами стверджень, за якими обстежуваний оцінював себе, представляючи в клітинці номера ствердження відповідь: «правильно» чи «неправильно». Якщо обстежуваний не міг відповісти на ствердження, він обводив номер цього ствердження.

Результати оцінювали через інтерпретацію профілю особистості, побудованого на основі 13 базисних та 117 додаткових шкал, за допомогою автоматизованої системи психодіагностичного обстеження на персональному комп'ютері IBM PC/AT.

Програмне забезпечення складала програма, розроблена Всесоюзним науково-методичним центром пограничної психіатрії Міністерства охорони здоров'я СРСР (1990). Програма видає протокол-висновок (цифродрук із балами) і текст інтерпретації результатів із характеристикою психологічної типології особи, що обстежується, та за наявності характеру психопатологічних синдромів.

Показники психологічного діагностичного обстеження методом СБОО виявляють у особи, що обстежується, психологічні проблеми, межові стани розладів психіки та причини дезадаптації. Під час аналізу результатів обстежень виявлені критерії дають змогу віднести ці зміни особистості до патерну особистості чи до проявів патологічного невротичного стану в умовах дезадаптації.

Авторами методики СБОО розроблені шкали оцінювання правдивості відповідей і старанності обстежуваного, його ставлення до тестування: «тенденція подати себе у вигідному світлі» («неправда») – L, «випадкового чи навмисного спотворення відповідей» («вірогідність») – F та «пом'якшення чи приховування симптомів» – K. Шкала L формується з відповідей на ствердження, що демонструють бажання обстежуваного довести дуже суворе дотримання ним соціальних норм. Шкала F дає змогу стверджувати надійність отриманих результатів. Високі чи низькі показники за цією шкалою ставлять під сумнів вірогідність отриманих відповідей обстежуваного.

Далі подаємо середні бали за 12 основними (з 13) та 20 додатковими (з 212) шкалами. З-поміж основних шкал ми не подавали результати тестування за шкалою 5 «чоловічості–жіночості», оскільки ці характеристики суворо індивідуалістичні. Із додаткових шкал не представлені шкали, що виявляють психіатричні нозології та їх характеристики, а також шкали алкоголізму, органічного ураження хвостатого ядра, злочинності, цинізму, аморальності тощо, оскільки вірогідних змін ( $p < 0,05$ ) у обстежуваних за цими шкалами не виявлено.

У результатах дослідження ми вважали за доцільне представити лише шкали депресії, іпохондрії, параної та психопатії (як нозологічних клінічних одиниць), щоб продемонструвати відсутність таких змін у обстежених.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Всі обстежені хворі на ниркову енцефалопатію під час опитування в процесі збирання анамнезу висловлювали спільні скарги на плаксивість чи дратівливість або ж їх поєднання, порушення сну, зниження пам'яті та працездатності. Ці скарги свідчать про психоемоційні зміни у хворих з ранніми енцефалопатіями, які часто виступають на передній план перед соматичними скаргами.

Результати тестування обстежених хворих на ниркову енцефалопатію за основними шкалами наведені в табл. 1.

Таблиця 1

**Результати СБОО здорових осіб (контрольна група) та хворих на ниркову енцефалопатію за основними шкалами, бали**

Шкала	Група обстежених	
	контрольна	хворі на ниркову енцефалопатію
L – тенденція подати себе у вигідному світлі («неправда»)	4,1 ± 0,3	3,3 ± 0,6 p > 0,05
F – випадкового чи навмисного спотворення відповідей («вірогідність»)	6,0 ± 0,7	6,3 ± 1,1 p > 0,05
K – пом'якшення чи приховування симптомів («корекція»)	15,7 ± 0,6	11,8 ± 1,1 p < 0,05
1 (Hs) – підвищена турбота про здоров'я («надконтроль»)	3,1 ± 0,5	14,6 ± 1,2 p < 0,05
2 (D) – тривожність із депресивними тенденціями («песимістичність»)	19,6 ± 0,8	27,9 ± 1,2 p < 0,05
3 (Hu) – схильність до істерії, демонстративність («емоційна лабільність»)	15,6 ± 0,5	24,9 ± 1,1 p < 0,05
4 (Pd) – схильність до асоціальних вчинків («імпульсивність»)	17,4 ± 0,7	17,3 ± 1,6 p > 0,05
6 (Pa) – афектна ригідність, підозрілість («ригідність»)	6,1 ± 0,4	12,5 ± 1,5 p < 0,05
7 (Pt) – самовразливість, внутрішня напруженість («тривожність»)	6,6 ± 1,0	21,2 ± 2,0 p < 0,05
8 (Sc) – відрив від реальності, аутизація («індивідуалістичність»)	8,9 ± 0,91	23,2 ± 2,9 p < 0,05
9 (Ma) – гіпоманіакальні тенденції («оптимістичність»)	12,8 ± 0,9	20,2 ± 1,3 p < 0,05
0 (Si) – комунікабельність, соціальні контакти («інтроверсія»)	20,8 ± 1,2	34,8 ± 1,3 p < 0,05

**Примітка.** p – вірогідність відмінностей порівняно з контрольною групою.

Як бачимо з табл. 1, вірогідного збільшення балів за шкалами L і F у обстежених ( $p > 0,05$ ) не виявлено, а отже, результати тестування можна вважати правдивими та вірогідними.

**Результати СБОО здорових осіб (контрольна група) та хворих на ниркову енцефалопатію за додатковими шкалами, бали**

Шкала	Група обстежених	
	контрольна	хворі на ниркову енцефалопатію
16 (At) – тривога	10,0 ± 0,7	25,8 ± 2,0, p < 0,05
41 (D') – чиста депресія	13,1 ± 0,5	13,2 ± 0,7, p > 0,05
43 (D2) – психомоторна загальмованість	7,2 ± 0,5	14,1 ± 2,2, p < 0,05
45 (D4) – психічна загальмованість	3,2 ± 0,3	9,0 ± 1,9, p < 0,05
70 (Gm) – загальна погана пристосованість	5,9 ± 0,5	14,9 ± 1,5, p < 0,05
72 (H) – передіпохондричний стан	6,9 ± 0,6	23,1 ± 1,8, p < 0,05
80 (HS') – чиста іпохондрія	0,7 ± 0,2	2,3 ± 0,4, p > 0,05
87 (Hy4) – соматичні скарги	1,6 ± 0,3	8,2 ± 0,7, p < 0,05
97 (Ja) – усвідомлена тривога	3,2 ± 0,8	13,5 ± 1,8, p < 0,05
129 (Ne) – нейротизм	4,2 ± 0,4	11,9 ± 1,2, p < 0,05
138 (Pa') – чиста параноя	4,1 ± 0,6	5,8 ± 1,3, p > 0,05
146 (Pd') – чиста психопатія	6,3 ± 0,3	6,1 ± 0,6, p > 0,05
158 (Pn) – психоневроз	9,0 ± 0,5	16,0 ± 1,9, p < 0,05
181 (Sc') – чиста шизофренія	3,4 ± 0,4	2,9 ± 0,5, p > 0,05
182 (ScIA) – соціальне відчуження	3,3 ± 0,2	9,1 ± 1,5, p < 0,05
183 (ScIB) – емоційне відчуження	2,7 ± 0,3	5,8 ± 1,0, p < 0,05
187 (ScB) – химерність сенсорного сприйняття	1,9 ± 0,3	5,3 ± 1,0, p < 0,05
189 (Sf) – самозадоволеність	22,4 ± 1,4	15,4 ± 1,5, p < 0,05
196 (Sp) – соціальна участь	16,3 ± 1,1	15,2 ± 1,2, p > 0,05
205 (To) – толерантність до стресу	16,6 ± 0,6	11,6 ± 1,1, p < 0,05

**Примітка.** p – вірогідність відмінностей порівняно з контрольною групою.

У хворих на ниркову енцефалопатію виявлено психомоторну (шкала 43) та психічну (шкала 45) загальмованість, химерність сенсорного сприйняття (шкала 187); p < 0,05 порівняно з контрольною групою.

На ґрунті соматичного захворювання та виникнення змін функціонування вищих інтегративних функцій головного мозку у хворих на ниркову енцефалопатію формувався передіпохондричний стан (шкала 72; p < 0,05) з вираженою загальною поганою пристосованістю до навколишнього середовища (шкала 70); у цих хворих формувалася чиста іпохондрія (шкала 80; p < 0,05).

Про вірогідну наявність соматичних проблем у всіх хворих на ниркову енцефалопатію свідчили високі бали за шкалою 87 («соматичні скарги») (p < 0,05).

Виникнення психоневрозу та значну невротизацію обстежених хворих виявили вірогідні збільшення кількості балів за шкалами 158 та 129 відповідно порівняно з контрольною групою (p < 0,05).

Вірогідне зниження (p < 0,05) кількості балів за шкалою K у хворих на ниркову енцефалопатію ми розглядали як особливу їх відвертість під час тестування (відсутність потреби щось приховувати).

Підтвердженням наявності у хворих на ниркову енцефалопатію емоційної лабільності та підвищеної турботи про своє здоров'я став високий рівень балів за шкалами 3 та 1 (p < 0,05).

Згідно зі шкалою 2, у хворих на ниркову енцефалопатію ресструвалася тривожність із депресивними тенденціями (p < 0,05).

Не виявлено підвищеної імпульсивності та схильності до асоціальних вчинків (p > 0,05) у цих обстежених (шкала 4).

Про підвищений рівень тривожності, невпевненості в собі, зосередженості на негативних переживаннях, наявність афектної ригідності проявами гальмування та психоастеничної реакції на зовнішні подразники в межах невротичних розладів у обстежених свідчить високий рівень балів за шкалами 6 і 7 порівняно з контрольною групою (p < 0,05).

Наявність у хворих на ниркову енцефалопатію проблем зі здоров'ям і відсутність значної співучасті й допомоги оточуючих спричинили виникнення у них аутизації, тобто входження в хворобу та переживання, зумовлені нею, відрив від реальності (шкала 8) (p < 0,05 порівняно з контрольною групою).

За шкалою 9 («оптимістичність») у хворих на ниркову енцефалопатію виявлено гіпостенічний тип реагування на хворобу (p < 0,05).

Слід зазначити, що, з огляду на показники шкали 0 («інтроверсія»), у всіх обстежених хворих на ниркову енцефалопатію спостерігалися швидка втомлюваність, знижений рівень спілкування та соціальної присутності порівняно з контрольною групою (p < 0,05).

Отже, виявлені нами зміни профілю СБОО за основними шкалами у хворих на ниркову енцефалопатію відображають компенсаторну напруженість вторинних захисних механізмів організму у відповідь на соматичні проблеми. Цей патерн віддзеркалює проблему хронічної дезадаптації особистості на ґрунті соматичного захворювання, що триває значний час.

Аналізуючи результати тестування хворих на ниркову енцефалопатію за додатковими шкалами, ми не виявили вірогідних змін (p > 0,05) за шкалами 41, 138, 146, 181 порівняно з контрольною групою, а отже, можна стверджувати, що хворобливі стани та психічні хвороби, такі як депресія, параноя, психопатія та шизофренія, у вказаній категорії обстежених відсутні (табл. 2).

Виражена тривога (шкала 16) зафіксована у всіх обстежуваних порівняно з контрольною групою (p < 0,05). Тривогу за власне здоров'я та майбутнє чітко усвідомлювали обстежені хворі (вірогідний ріст (p < 0,05) балів за шкалою 97 порівняно з контрольною групою).

Відчуття соціального та емоційного відчуження наявне у всіх обстежених хворих на ниркову енцефалопатію, у них також знижувався рівень самозадоволеності (шкали 182, 183, 189;  $p < 0,05$  порівняно з контрольною групою).

Деадаптаційні зміни особистості у хворих на ниркову енцефалопатію спричинили зниження толерантності до стресу (шкала 205) порівняно з контролем ( $p < 0,05$ ), проте зниження рівня соціальної участі (шкала 196) не спостерігалось.

Отже, тестування методом СБОО хворих на ниркову енцефалопатію не виявило ( $p > 0,05$  порівняно з контрольною групою) чистих психоорганічних синдромів, таких як депресія, параноя, психопатія та шизофренія (шкали 41, 138, 146, 181 відповідно), а засвідчило наявність у них тривожно-астенічного синдрому (див. табл. 2).

**Висновки.** Тестування хворих на ниркову енцефалопатію виявило у обстежених плаваючий профіль СБОО, в якому більшість шкал розміщені вище від верхньої межі норми. Цей профіль свідчить про стан загального стресу, в якому беруть участь різні захисні механізми та напружені множинні компенсаторні функції психічної діяльності, спрямовані на нівелювання дезадаптації. І хоча за такого профілю психічна напруженість збільшується, прогностично такий профіль є перспективним у плані нормалізації стану, оскільки в цьому випадку йдеться про психогенні межові стани, зумовлені хронічною соматичною хворобою. З огляду на відхилення за шкалами СБОО, можна стверджувати про наявність у хворих на ниркову енцефалопатію тривожно-астенічного синдрому. Такі хворі потребують соціальної підтримки, що сприятиме поверненню до нормального, активного повсякденного життя.

### Список літератури

1. Артериальная гипертензия при хроническом гломерулонефрите: частота выявления и эффективность лечения / И. М. Кутырина, С. А. Мартынов, М. Ю. Швецов [и др.] // Терапевтический архив. – 2004. – № 9. – С. 10–15.
2. Віничук С. М. Метаболічні енцефалопатії: патофізіологія, клініка, лікування / С. М. Віничук // Мистецтво лікування. – 2004. – № 9. – С. 92–95.
3. Войнаровська Н. Ю. Клінічні особливості енцефалопатії ниркового генезу / Н. Ю. Войнаровська // Тези доп. 3-го Міжнар. конгресу студентів і молодих учених. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – С. 17–18.
4. Мухин Н. А. Тубулоинтерстиціальний нефрит и артериальная гипертензия / Н. А. Мухин // Нефрология. – 2000. – № 4 (1). – С. 109–111.
5. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности: метод. руководство. Серия «Методы психологической диагностики» / Л. Н. Собчик. – М., 1990. – 78 с.
6. Хронические прогрессирующие нефропатии и образ жизни современного человека / Н. А. Мухин, И. М. Балкаров, С. В. Моисеев [и др.] // Терапевтический архив. – 2004. – № 9. – С. 5–10.
7. Штульман Д. Р., Левин О. С. Неврология: справочник практического врача. 5-е изд. / Д. Р. Штульман, О. С. Левин. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 960 с.
8. Maschio G. How good are nephrologists at controlling blood pressure in renal patients? / G. Maschio // Nephrol. Dial. Transplant. – 1999. – Vol. 14. – P. 2075–2077.
9. Prevalence of hypertension in renal disease / N. Ridaou, J. Luno, Garsia de Vinuesa [et al.] // Nephrol. Dial. Transplant. – 2001. – Vol. 16, S. 1. – P. 70–73.

Стаття надійшла до редакції журналу 30.08.2013 р.

## Деякі особливості психоемоційних змін у хворих на ниркову енцефалопатію В. М. Шевага, А. В. Паснок, А. М. Задорожний, Б. В. Задорожна

Вивчено психоемоційні зміни у 20 хворих на ниркову енцефалопатію методом стандартизованого багатофакторного обстеження особистості. У обстежених виявлено плаваючий профіль стандартизованого багатофакторного обстеження особистості, в якому більшість шкал розміщені вище від верхньої межі норми. Цей профіль свідчить про стан загального стресу, в якому беруть участь різні захисні механізми та напружені множинні компенсаторні функції психічної діяльності, спрямовані на нівелювання дезадаптації. І хоча за такого профілю психічна напруженість збільшується, прогностично він є перспективним стосовно нормалізації стану, оскільки в цьому випадку йдеться про психогенні межові стани, зумовлені хронічною соматичною хворобою.

**Ключові слова:** ниркова енцефалопатія, стандартизоване багатофакторне обстеження особистості.

## Some Peculiarities of Psycho-Emotional Changes in Patients with Renal Encephalopathy V. Shevaga, A. Payenok, A. Zadorozhnyj, B. Zadorozhna

Changes of psycho-emotional state in 20 patients with renal encephalopathy were studied by Minnesota Multiphasic Personality Inventory. A floating profile of Minnesota Multiphasic Personality Inventory was found in the examined patients in which most scales were above the upper limit of standard. The studied profile signifies the state of general stress which involves different mechanisms and compensatory functions of psychic activity which are under the tension. These are directed for the discrimination of dysadaptation. Although with this profile mental tension increases, this prognostic profile is promising in terms of normalization, as in this case a psychogenic borderline conditions caused by chronic somatic diseases are observed.

**Keywords:** renal encephalopathy, Minnesota Multiphasic Personality Inventory.