

16. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний. - К.: Здоровья, 1988. - 104с.
17. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. - СПб.: Лань, 2000, 368с.
18. Шайдукова Л.К. Психологические истоки формирования алкоголизма у женщин. // Рос. психиатр. журн. - 1998, №3. - С.27-30.
19. Учителям и родителям о психологии подростка. / Под. ред. Г.Г. Аракелова. - М. Высш.шк., 1990. - 304с.
20. Blackson T.C., Tarter R.E., Mezzich A.C. Interaction between childhood temperament and parental discipline practices on behavioral adjustment in preadolescent sons of substance abuse and normal features// Amer.J. Drug Alcohol Abuse//1996.Vol.22.№3. P.335-348.
21. Burke E.Z. Personality characteristic of adolescent users of dangerous drugs as indicated by the Minnesota multiphasic personality inventory// J. Nerv. Mental Diseases.1972.Vol.154.№4.P.291-298.
22. Fineman N.R., Bechwith L., Howard J., Espinosa M. Maternal ego development and mother-infant interaction in drug-abusing women// Subst. Abuse Treat. 1997. Vol. 14. №4. P.307-317.
23. Malow R.M., Jager K.B., Ireland S.J., Penedo F. Alcohol and drug abuse, HIV infection and risky sexual behaviors among women in treatment noninjection drug dependence// Psychiatr. Serv. 1996. Vol.47. №11. P. 1197-1199.
24. Stanton M.D., Shadish W.R. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a metaanalysis and review of the controlled, comparative studies// Psychol. Bull. 1997. Vol.122. №2. P. 170-191.

УДК: 616.89-008-053.8 + 615.851

І.В. Мельниченко, М.М.Пустовойт

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНЕ РОЗМЕЖУВАННЯ ПІЗНІХ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ

Одеський державний медичний університет

І.В. Мельниченко, М.М.Пустовойт

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗМЕЖЕВАНИЕ ПОЗДНИХ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Одесский государственный медицинский университет

В статье приведены данные изучения неглубоких затяжных депрессий у 70 пациентов, которые находились на лечении в ООКПБ № 1 с диагнозом, отнесенным к разделу F.33 МКБ-10. Полученные данные позволяют делать заключение о разнообразии клинических проявлений, особенностей течения и соматической «окраски» поздних депрессий.

Ключевые слова: инволюция, депрессивные расстройства, полиморфизм, патогенез.

I. Melnichenko, M. Pustovoyt

ABNORMAL CLINICO-PSYCHOPATOLOGY DELIMITATION OF LATE DEPRESSIONS.

Odessa state medical university

In the article these studies of the shallow protracted depressions are resulted at 70 patients which were on treatment in Odessa mental hospital № 1 with a diagnosis, call to the F.33 DSM-10. Findings allow to conclude about the variety of clinical displays, features of flow and somatic «colouring» of late depressions.

Key words: involution depressive disorders polymorphism pathogenesis

Проведені дослідження неглибоких затяжних депресивних станів, які можуть бути кваліфіковані як пізні депресії, продемонстрували різноманітність клінічних проявів, істотні відмінності умов їх виникнення, особливостей течії і результатів. Існує достатня кількість наукових робіт з вивчення клініки депресій пізнього віку, проте поза увагою дослідників залишилася роль чинників старіння в розвитку і клінічних проявах цієї нозології, зокрема їх вплив на клінічні прояви, динаміку і результати відповідних станів. Це послужило підставою для проведення поданої роботи.

Метою справжнього дослідження явилось клінічне вивчення основних клінічних закономірностей неглибоких затяжних депресій пізнього віку а також впливу на них різних чинників.

У завдання поданого дослідження входило: вивчення клініко-синдромальних особливостей затяжних неглибоких депресій пізнього віку на послідовних етапах їх розвитку. Клініко-психопатологічне розмежування пізніх депресивних станів проводилося на основі відмінностей домінуючих симптоматологічних особливостей депресивного розладу. При цьому був використаний принцип розмежування депресивних станів у

немолодих осіб, запропонований Н. Helmhen (1986), при якому депресії, що відрізняються «приглушеною» симптоматикою (з явищами апатії, стомлюваності) протиставлялися депресивним станам з більш вираженою депресивною симптоматикою. Слід зазначити, що схожий принцип диференціації депресій був використаний раніше J. Glatzel (1982).

Відповідно до цілей і завдань дослідження нами було обстежено 70 пацієнтів старше 60 років, що знаходяться на лікуванні в ООКПБ № 1 з діагнозом, що відноситься до розділу F.33. МКБ 10. З дослідження були виключені випадки, при яких в анамнезі хворих були вказівки на маніфестні шизофренічні психози, захворювання ЦНС органічної природи, а також хворі з виявленими раніше розладами, пов'язаними з алкоголізмом (або наркотичні речовини, що вживали).

У частини хворих, разом з основними, зустрічалися ще ряд розладів, що виходять за межі чисто афектної патології, яка, відповідно до сучасної термінології, позначається як коморбидна, до якої відносилися симптоми невротичного та психопатичного реєстрів. Найчастіше зустрічалися патологічні відчуття у вигляді різних соматовегетативних симптомокомплексів. Це в

одних випадках фіксація уваги на поганому самопочутті, різноманітні патологічні відчуття у вигляді гомонічних або гетеронічних тілесних сенсацій, різноманітних локальних або дифузних алгій: розпираючі болі в голові або запаморочення (3 спостереження) і ділянки серця або грудей, стиснення або коління в області серця (3 спостереження), болі в області печінки або епігастрії (2 спостереження), відчуття браку повітря, внутрішнє тремтіння або відчуття тяжкості за грудиною (2 спостереження), яке асоціюється з відчуттям безвихідності. При цьому в більшості випадків хворі відзначають появу страху за своє здоров'я (7 спостережень). Для хворих даним типом пізніше дистимії характерне поєднання соматовегетативних та вегето-судинних патологічних відчуттів з тривожною фіксацією на них, при цьому часто можна зустріти хиמרні відчуття, наприклад, «хвилі з епігастрії» (2 спостереження).

Всі ці відчуття можуть приймати генералізований або локальний характер: оніміння або пульсація в руках або ногах або ломота всього тіла (2 спостереження), потягування шкіри тіла, дифузні алгії без чіткої локалізації (3 спостереження).

Часом відчуття стають найбільш актуальними переживаннями хворих, проте їх інтенсивність коливається. У їх інтенсивності основну роль грають ситуаційні моменти, коли в поведінці і вислові хворих починають переважати істероформні риси – хворі починають описувати свої скарги в гіпертрофованому, гротесковому вигляді («пульсуючий біль в лівій половині голови»), в той же час хворих можна відвернути, і тоді їх реакція стає менш вираженою.

У інших випадках це – фіксація на порушеннях фізіологічних функцій організму: тривожна заклопотаність функцією кишечника, коли хворі говорять про «кишковий завал» (2 спостереження).

Разом з ісковими змінами особи у хворих з'явилися психопатоподібні риси поведінки, наприклад, груба істероформна поведінка – шантаж членів родини, докори, риси псевдомемції в поведінці, пуерильні риси (2 спостереження).

У деяких хворих (12 спостережень) формується особливе депресивне світосприймання. Хворі називають себе «зайвою людиною», говорять про «важке, безглузде життя людей» похилого віку, половина з яких страждає «фізичними недугами» і «бажали б піти з життя» (6 спостережень), хоча при цьому не говорять відкрито про наявність суїцидальних думок або намірів і навіть заперечують їх, тому що на такий вчинок ніколи

не зважаться. Роздумуючи про способи відходу з життя, один з хворих говорив про «інститут по убиванню людей», де людина, що добровільно ухвалила рішення померти, могла б це зробити за допомогою лікарів.

У ряді випадків у момент посилення симптоматики депресії виникають тривожно-фобичні розлади і нав'язливі уявлення, сенситивні ідеї відношення, посилюються страхи іпохондричного змісту (канцерофобія – 3 спостереження, кардіофобія – 5 спостережень, лиссофобія – 1 спостереження, танатофобія – 3 спостереження). Часом виникають транзиторні тривожні епізоди з відчуттям розгубленості і безпорадності (2 спостереження), короточасні тривожні епізоди з істероформними рисами – на тлі монотонного, одноманітного апато-динамічного стану, бідного симптомами виникають епізоди рухового неспокою, що набуває іноді рис тривожної ажитації (2 спостереження). У таких випадках тривога ніби «спалахує», у хворих з'являється за грудиною відчуття (фізичне відчуття тривоги), виникає непосидючість, потреба рухатися. Проте при цьому зберігається слабкість, як стрижньовий розлад.

На підставі вищесказаного можна зробити висновок, що представлена клінічна типологія пізньої депресії досить повно відображає перебіг цього захворювання у осіб літнього і похилого віку. Цей висновок підтверджують дані літератури, які вказують на клінічний поліморфізм пізньої депресії (Н. S. Akiskal (1980, 1983, 1991), D. Murphy (1991), J. McCollough (1988), D. Goldberg (1990), M. Keller (1990), D. Klein (1988)).

Висновок:

На відміну від середнього віку, у осіб літнього і похилого віку різноманіття проявів депресивного розладу визначається не тільки клінікою самого захворювання, але і наявністю соматичних захворювань, властивих особам пізнього віку, а також присутністю транзиторних епізодів і змінами особи, характерними для осіб літнього і похилого віку. Віковий чинник визначає і видозміну клінічної картини депресивних станів у літньому віці. Неоднорідність клініко-психопатологічної картини цих станів (переважання тривоги, вираженість астенічних скарг, поліморфізм симптоматики – включення соматовегетативних і неврозоподібних розладів) на тлі соматичної патології і різного ступеню вираженості когнітивних порушень украй утрудняє підбір адекватної терапії. Це зумовлює необхідність клініко-патогенетичного підходу в лікуванні даної нозології.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Helmhen H. Diagnostic dilemmas and difficulties in elderly depressed patients. In: The elderly person as a patient. Ed. P. Kielholz, C. Adams. Deutsch Arte-Verlag. K ln, 1986. S. 100-105.
2. Glatzel J. Endogene Depressionen Zur Psychopathologie, Klinik und Therapie Zyklischer Verstimmung. Stuttgart, 1982, S. 222.
3. Карманное руководство к МКБ-10: классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями), под ред. Купер, Дж. Э. – К.: Сфера, 2000.- 464 с.
4. Підкоритов В.С., Чайка Ю.Ю. Депресії. Сучасна терапія. – Харків: Торнадо, 2003. – 352 с.
5. В.С. Битенский, М.М. Пустовойт, Р.В. Кечур, И.И. Краснополяская, Переживание инволюционного кризиса с психодинамической и психопатологической точек зрения // Интегративная антропология. – (подано та прийнято до друку у листопаді 2007 року).
6. Сирыченко Т. М., Михайлова Н. М. Мягкие депрессии позднего возраста. Из: Аффективные и шизоаффективные психозы. М., 1998. С. 219-225.

7. Смулевич А. Б. Дистимия. Из: Депрессии в общей медицинской практике., М., 2000. С. 32-34.
8. Akiskal H. S. Clinical and scientific validity. In: Dysthymia in clinical practice, XIX C. I. N. P. Congress. Washington, DC, USA. 1994.
9. Kraepelin E. Psychiatrie. J.A.Bowth.- Lepzig, 1896.- 5 Aufl. Kraepelin E. Manic-Depressive insanity and paranoia, Robertson G. (ed), Edinburgh., 1921.
10. Kretschmer E. (Кречмер Э.) Строение тела и характер. Под ред. Танншклинга. М. 1924.
11. McCollough J. A longitudinal study of nonremitting and remitting subjects in an untreated sample of early-onset characterologic dysthymia. J. of Nervous and Mental disease.- 1988.- 176.- 658-667.
12. Murphy D. The classification and treatment of dysthymia. Br. J. Psychiat.- 1991.- vol. 158.- P. 106-109.
13. Keller M. B., Sessa F. Dysthymia: development and clinical course. In: Burton S., Akiskal H. (eds.): Dysthymic Disorder. Gaskell, Royal College of Psychiatrists.- 1990.- P. 13-23.