

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИХ ФОРМ И КАТЕГОРИЙ ИНВОЛЮЦИОННОЙ МЕЛАНХОЛИИ

Шукурлаева Машхура Фарходовна

Бухарский государственный медицинский институт



Аннотация В исследовании инволюционные психозы объединяют группу психических заболеваний, манифестирующих в инволюционном периоде (45 — 60 лет) и в старости (поздние варианты инволюционных психозов), которые не приводят к слабоумию, т.е. являются функциональными. Инволюционная депрессия или инволюционная меланхолия по мнению Крепелина представляет собой отдельное заболевание, однако на сегодняшний день его не выделяют в отдельную клиническую единицу и рассматривают как депрессивный эпизод (часто с психотическими проявлениями).

Ключевые слова: депрессия, суицид, агрессивные расстройства, суицидальное поведение.

Аннотация Тадқиқотда инволюцион психозлар инволюцион даврда (45 - 60 ёш) ва қариликда (инволюцион психозларнинг кечки вариантлари) намоён бўладиган, ақли заифликка олиб келмайдиган, яъни функционал бўлган руҳий касалликлар гуруҳини бирлаштиради. Крепелиннинг фикрига кўра, инволюцион депрессия ёки инволюцион меланхолия алоҳида касалликдир, аммо бугунги кунда у алоҳида клиник бирлик сифатида ажратилмайди ва депрессив эпизод сифатида кўрилади (кўпинча психотик кўринишлар билан).

Калит сўзлар: депрессия, ўз жонига қасд қилиш, агрессив бузилишлар, ўз жонига қасд қилиш хулқи.

Annotation In the study, involutional psychoses unite a group of mental illnesses manifesting in the involutional period (45-60 years of age) and in old age

(late variants of involutional psychoses) that do not lead to dementia, i.e. are functional. According to Kraepelin, involutional depression or involutional melancholia is a separate disease, but today it is not recognised as a separate clinical unit and is considered as a depressive episode (often with psychotic manifestations).

Keywords: depression, suicide, aggressive disorders, suicidal behavior.

Актуальность

Депрессия в возрасте начала инволюционных независимо от этиологический принадлежности имеет свои характерные черты.

По МКБ-10, клинически значимое депрессивное расстройство складывается из следующих симптомов: основные – а) снижение настроения по сравнению с присущей пациенту нормой, которое отмечается почти ежедневно и большую часть дня, а также вне зависимости от ситуации; б) снижение (утрата) интересов и способности испытывать удовольствие от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями; в) уменьшение активности, повышенная (выраженная) утомляемость и снижение энергии; и дополнительные – а) нарушения сна любого типа; б) изменение аппетита (снижение или повышение) с соответствующими изменениями массы тела; в) повторяющиеся мысли о смерти, самоубийстве или самоповреждении; г) мрачное и пессимистическое видение будущего; д) идеи виновности и самоуничтожения; е) сниженная самооценка и чувство неуверенности в себе; ж) снижение концентрации внимания, неспособность сосредоточиться, снижение способности мыслить, нерешительность или колебания при принятии решений. Легкая депрессия (F 32.0 по МКБ-10) характеризуется наличием двух основных и двух дополнительных симптомов. Умеренная депрессия (F 32.1 по МКБ-10) характеризуется наличием двух основных и трех-четырех дополнительных симптомов. Тяжелая депрессия (F 32.2 или F 32.3 по МКБ-10) характеризуется наличием трех основных, четырех и более дополнительных симптомов, часть из которых имеет значительную

выраженность. Классическая депрессия определяется следующей триадой признаков: пониженное настроение (гипотимия, дистимия, аффективный компонент), замедленность мышления (идеаторная заторможенность) и двигательная заторможенность (моторный компонент). Кроме того, для депрессивных расстройств характерны утрата способности радоваться, воли, инициативы, а также потеря интересов и снижение трудоспособности.

Цель исследования: В ходе исследования были отмечены проявления расстройств как развернутый тревожно-бредовый синдром, который складывается из следующих симптомов: угнетение настроения, тревоги, ажитации, бреда осуждения и виновности, вербальные иллюзии (ошибочное восприятие смысла слов).

Материалы и методы: в клинике психоневрологического диспансера. В исследовании участвовали 63 пациента в возрасте от 45 до 65 лет с диагнозом депрессивный эпизод.

Развитие расстройства происходит по весьма стереотипной схеме. При наличии признаков первого этапа пациент чувствует ухудшение настроения, отсутствие радости, подавленность и нарушение сна. Далее наблюдалось нарастание тревожности, двигательной ажитации, суицидальные идеи, «скачка» мыслей и бредовые идеи: виновности, наказания, осуждения, ипохондрии. Одной из основных клинических особенностей инволюционной меланхолии было двигательное возбуждение с моментами застывания.

По мере формирования следующего этапа симптомы инволюционной депрессии становились менее острыми, состояние пациента стабильное, депрессивный аффект терял свою напряженность и оставалось однообразная двигательная суетливость и монотонное тревожное состояние, постоянное угнетенное настроение, уплощение эмоционального отклика на внешние события и снижение активности психических процессов.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от вида депрессии

Вид депрессии по происхождению	Основная группа		Группа сравнения	
	Абс	%	Абс	%
Реактивная	43	100	-	
Сосудистая	-	-	20	100
Всего	43	100	20	100

При сосудистых депрессиях, часто отличавшихся более затяжным течением, у пациентов наблюдалась генерализация астенических симптомокомплексов (усиление общей слабости, непереносимости нагрузок, вялости, адинамии, выраженная сонливость в дневное время в сочетании с ранней инсомнией) при ухудшении соматического состояния. Одновременно с этим отмечались всегда в той или иной мере выраженные когнитивные расстройства (снижение памяти на события прошлого, ограничение возможности к осмыслению происходящего вокруг, запоминанию новой информации, нарушения концентрации внимания), тогда как собственно депрессивная симптоматика была не столь выраженной.

При инволюционных депрессиях столь длительные депрессивные эпизоды были во многом обусловлены «собственным видением болезни», выраженность их симптоматики зависела от беседы с врачом и полученной от него информации, степени осведомленности о своем диагнозе, возможных осложнений и в не очень большой мере зависела от собственно общесоматического статуса. На первом плане при таких депрессивных эпизодах проявляли себя подавленность, пессимистическое восприятие болезни, гипертрофированная оценка ее последствий, страх смерти, неминуемой инвалидизации. Обостренное самонаблюдение с регистрацией малейших изменений самочувствия сочеталось с массой жалоб, иногда не имеющих достаточного соматического обоснования. Значительное место среди других составляющих депрессивного расстройства занимали истеро–

конверсионные (ком в горле, тремор, онемения конечностей в форме «перчаток»), сомато–вегетативные (тахикардия, диспноэ, инсомния) и астенические (повышенная истощаемость, снижение активности, жалобы на слабость, утрату активности) симптомокомплексы. Обратное развитие таких депрессий совпадало с периодом стабилизации проявлений астенических, тревожных состояний, а при наличии сопутствующей патологии, соматической болезни, когда минимизировалась опасность летального исхода, начинала восстанавливаться двигательная активность, снижался уровень тревоги.

Таблица 2.

Распределение больных в зависимости от выраженности клинического компонента депрессии

Преобладающий компонент депрессии	Основная группа			Контрольная группа		
	Легкой ст.	Умерен. ст.	Тяж.ст.	Легкой ст.	Умерен. ст.	Тяж.ст.
Аффективный	50,0±7,5	46,8±6,3	61,4±7,3	31,2±11,5	59,5±7,5	44,0±9,9
Идеаторный	34,1±7,1	17,7±4,8	27,3±6,7	12,5±8,2	31,0±7,1	44,0±9,9
Моторный	15,9±5,5	35,5±6,0	11,3±4,7	56,3±12,4	9,5±4,5	12,0±6,5
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Наиболее многочисленной была в основной группе больных с диагнозом депрессивный эпизод средней степени – 11 человек. У 10 человек было диагностировано другие депрессивные эпизоды. Фобические-тревожные расстройства у 9 больных. Другие соматоформные расстройства у 3-х больных. Депрессивный эпизод легкой степени, другие смешанные тревожные расстройства, ипохондрическое расстройство с такими диагнозами у 2

больных. Тревожные расстройства в связи с сосудистыми заболеваниями, биполярные аффективные расстройства с депрессией, реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации, смешанная форма тревожно- депрессивного нарушения диагностировано у 1 больного. Женщин 56 (89%) было больше, чем мужчин 7 (11%).

Психологическая характеристика всего спектра депрессии определялась с помощью клинического наблюдения за больными и использованием шкал Бека и HADS. При первичном диагностировании депрессивного расстройства с использованием шкал степень тяжести депрессии оценивалась по количеству набранных баллов. Были использованы следующие принятые в международной практике градации степени тяжести депрессивного эпизода: легкий (по шкале Бека от 7 до 17 баллов, по шкале HADS от 16 до 25 баллов), умеренный (по шкале Бека от 18 до 24 баллов, по шкале HADS от 26 до 30 баллов) и тяжелый (по шкале Бека более 25 баллов, по шкале HADS более 31 балла). Средний балл, полученный по шкале Бека, был равен 19,7, а по шкале HADS – 26,8. Как видно из рисунка 3.1, по обеим шкалам получены практически идентичные результаты.

Группы пациентов по категориям психопатологических симптомов значительно отличались по клинико-патологическим характеристикам, не связанным напрямую с психическим состоянием пациента. Исходя из этого, была выдвинуто следующее: каждый из четырех выделенных вариантов психического состояния (категорий психопатологических симптомов) является проявлением различного типа депрессивного расстройства в пожилом возрасте.

Таблица 3.

Распределение больных по категориям ДР

Категории ДР	Основная гр. (n=43)		Контрольная гр. (n=20)	
	Абс.	%	Абс.	%

Первый тип	17		1	
Второй тип	13		1	
Третий тип	11		4	
Четвертый тип	2		14	
Всего	43	100	20	100

ВЫВОД

Таким образом, категориальный анализ психопатологических симптомов поздней депрессии выявил четыре основных форм. Сравнительный анализ клинико-аналитических данных пациентов, разделенных на четыре группы в соответствии с соответствием категорий симптомов, выявил ряд достоверных различий клинико-аналитических показателей между группами, не вошедшими в категориальный анализ. На основании этих результатов сделано предположение, что каждая категория связан с отдельным клиническим типом гериатрической депрессии. При описании вариантов депрессии мы отметили нетипичные сочетания клинических симптомов в каждом типе. Номенклатурная принадлежность этой депрессии не могла быть четко определена при сопоставлении с данными литературы. Описание типов депрессии в популяции пациентов с поздним началом заболевания в данном исследовании свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения клинико-системной природы депрессии с использованием новейших методов анализа данных и научных основ доказательной медицины. Более точная клиническая классификация позволит повысить качество диагностики и дифференцированного лечения таких пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антропов Ю.А., Антропов А.Ю., Незнанов Н.Г. Основы диагностики психических расстройств. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2019. – 384 с.

2. Аффективные нарушения при алкоголизме. / Л.: Ин-т им. В.М. Бехтерева, 2020.
3. Балашова Е.Ю., Ряховский В.В., Щербакова Н.П. К вопросу о значении нейропсихологического обследования при прогнозировании исхода депрессии в позднем возрасте // Материалы III Международного конгресса “Нейрореабилитация–2020”. – Москва, 2020. – с. 14–15.
4. Барденштейн Л.М., Герасимов Н.П., Можгинский Ю.Б., Беглянкин Н.И. Алкоголизм, наркомании, токсикомании (уч. пособие). – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016, 64 с.
5. Батаев В.Г., Демидов А.Ю., Гасан-Заде Н.Ю. Особенности клиники и лечения алкоголизма у больных шизофренией. – В кн.: Клиника, диагностика и лечение алкогольных заболеваний. – М., 2018, С. 57-62.
6. Бетин Е.М. Влияние алкогольной интоксикации на частоту правонарушений, совершаемых больными шизофренией // Пробл. алкоголизма. – Екатеринбург, 2017. – Вып. 2. – С. 49-52.
7. В. П. Бочков 1976. В. N. Гиндилис 2019. Т. С. Черникова 2016. Э. Б. Дубницкая 2013. Н. Holden 2016, N. Tsuan et al 2018 и др. // Психиатрия и психофармакология. М., 2019, 3, С. 76-79.
8. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. – М.: Фонд НАН, 2022. – 234 с.
9. Вертоградова О.П. Возможные подходы к типологии депрессий// Депрессия (психопатология, патогенез)/ Под ред. О.П. Вертоградовой. – М.: МНИИП, 2021. – С. 9-16.
10. Виш И.М. К вопросу об алкогольных психозах у шизофреников // Труды Воронежской психиатр, клиники. – Воронеж, 2018, вып. 1, С. 62-67.
11. E. Bleuler 2016, W. Mayer-Gross 2015, И. Bleuler 2019, W. Klaus WU H. J. Weitbrecht 2013. P. Berner 2017, H. Huber et al. 2018, Э. Я. Штернберг 2017, D. Ear 2015 и ДР.. – с. 24–30.

12. К. Heist 3, P. Albrecht 2019, A. Serko 2019. В. П. Осипов 2015, 2021, Р. Б. Люстерник 2016, 2016. С. Г. Жислин 2015, Н. Ф. Шахматов 2016. Тарнавский 2019 и ДР с. 151–157.

13. Т. Funding 2017. F. Post 2016, Rabins et al 2018 , позднем возрасте // Журнал «Психиатрия».. – №2. – в печати.