

**Список літератури**

1. Чуприков А. П., Пилягина Г. Я. К вопросу о необходимости организации суицидологической службы в Украине // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 2(31). — С. 154—157.  
 2. Волошин П. В., Бачериков А. Н. и др. Завершенные самоубийства в городе Харькове (1999—2002 годы) // Український вісник психоневрології — 2004. — Т. 12, вип. 4 (41). — С. 5—7.  
 3. Бачериков А. М., Ткаченко Т. В. Психологічні предиктори суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1(50), додаток. — С. 154—155.

4. Зулкарнеева З. Р. Роль межличностных конфликтов в генезе суицидального поведения у больных шизофренией и органическим поражением головного мозга: Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.16. — К., 2000. — С. 36—74.  
 5. Пилягина Г. Я. Принципы неотложной психотерапии аутоагрессивного поведения // Таврический журнал психиатрии. — 2003. — № 4 (25). — С. 2 — 6.  
 6. Боева А. В. Клинические и социально-психологические характеристики суицидентов и методы краткосрочной кризисной психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.0018/ Белгор. гос. ун-т. — М., 2004. — 23 с.

*Надійшла до редакції 29.05.2007 р.*

*А. Н. Бачериков, И. Г. Мудренко*

**Аутоагрессивное поведение у больных с первым психотическим эпизодом (диагностика, клиника, лечение)**

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)*

Суицидальные действия часто встречаются в клинике психических расстройств. Они являются основной причиной смерти психически больных.

На основании изучения анамнестических, клинко-психопатологических, психодиагностических особенностей 100 пациентов с первым психотическим эпизодом выделены специфические социальные, клинические, психодиагностические предикторы формирования аутоагрессивного поведения у лиц с первым эпизодом психоза, которые явились симптомами-мишенями для проведения лечебных и профилактических мероприятий. Установлено, что наибольший риск развития аутоагрессивного поведения наблюдается при манифесте острого полиморфного психотического расстройства и параноидной формы шизофрении. Для снижения уровня суицидального риска у лиц с первым психотическим эпизодом было эффективным применение фармакотерапии атипичными нейролептиками в сочетании с кризисной психотерапией.

*A. N. Bacherykov, I. G. Mudrenko*

**Autoaggressive behavior of patients with the first psychotic episode (diagnostics, clinic, treatment)**

*Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine (Kharkiv)*

Suicidal actions can be observed mostly at mental disorder clinics. They are the principal cause of mental disorder patients' death.

Based on anamnestic, clinic-psychopathological, psychodiagnostic analysis of 100 patients with the first psychotic episode were indicated specific social, clinic and psychodiagnostic precondition of autoaggressive behavior formation of patients with the first psychosis episode, who was symptom-target for medical and preventive action implementation. It was set that the maximum risk of auto aggressive behavior development can be observe by manifesto of acute polymorphic psychotic disorder and schizophrenia paranoid form. For lowering of suicide risk level of persons with the first psychotic episode was effective the application of pharmacotherapy by atypical antipsychotic drugs in combination with crisis psychotherapy.

УДК 616.895-037-07-08

**Ж. И. Белостоцкая**

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (г. Харьков)*

**ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

В современных условиях проблема депрессий рассматривается как одна из ключевых не только в психиатрии, но и в общей медицине. Социальное и экономическое влияние депрессивных расстройств на жизнь общества приобретает планетарное значение. Выраженные депрессивные расстройства, которые требуют квалифицированной помощи, имеют 2—5 % всего населения, а 10 % всех обращений в медицинскую службу общего профиля приходится на депрессивные расстройства. В Украине ежегодно количество депрессий возрастает на 3,4 % [1, 2, 5]. Для современных депрессивных расстройств характерно затяжное начало и значительная длительность болезни. Низкая выявляемость депрессий, несвоевременное оказание помощи больным с данной патологией делают их труднокурабельными и резистентными к терапии [3, 6—8].

Целью настоящего исследования является разработка принципов диагностики и дифференциальной

диагностики депрессивных расстройств у жителей сельской местности.

Нами было обследовано 209 больных, страдающих депрессивными расстройствами и проходящих курс стационарного лечения в связи с первым или очередным депрессивным эпизодом. Основную клиническую группу составили 113 больных с депрессией, проживающих в сельской местности, средний возраст —  $36 \pm 2,89$  лет, соотношение мужчины/женщины составило 0,43. Группой сравнения выступали 96 депрессивных больных, местом жительства которых являлся крупный областной центр, средний возраст  $42 \pm 3,12$  года, соотношение мужчины/женщины составило 0,52.

С клинко-диагностической точки зрения в общей выборке были представлены три рубрики МКБ-10 [4]: биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод (F 31. х); депрессивный эпизод (F 32) и рекуррентное депрессивное расстройство (F 33) (см. таблицу).

**Распределение обследованных больных по диагностическим рубрикам МКБ-10**

Шифр по МКБ-10	Основная группа (n = 113)		Группа сравнения (n = 96)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
F 31	38	33,63 %	32	33,33 %
F 32	35	30,97 %	30	31,25 %
F 33	40	35,40 %	34	35,42 %

Изучение клинко-психопатологических особенностей депрессивных расстройств у жителей сельской местности показало, что у страдающих депрессиями жителей сельской местности часто отмечается наследственная отягощенность по алкоголизму и интоксикации (абузусы и запои) в анамнезе. В клинической картине депрессий у жителей сельской местности часто встречается сопутствующий алкоголизм или бытовое пьянство. Наиболее распространенными акцентуациями характера у страдающих депрессиями жителей сельской местности являются лабильный и сензитивный личностные типы. Психотравмирующим фактором, наиболее часто способствующим развитию депрессивного эпизода у жителей сельской местности, является смерть или тяжелая болезнь близких людей. Кроме того, указанный контингент больных уязвим к смерти домашних животных и длительному психическому перенапряжению. Жители сельской местности чаще обращаются за помощью после года пребывания в депрессивном состоянии. Анализ синдромологической структуры депрессий у жителей сельской местности показал, что наиболее распространенным синдромом у них является тревожный (ажитированный) синдром. Вторым по распространенности среди обследованных был тоскливый синдром.

Изучение патопсихологических механизмов формирования депрессий у жителей сельской местности показало, что респонденты основной группы чувствуют себя значительно более общительными ( $p < 0,01$ ) и менее несчастными ( $p < 0,05$ ), но при этом гораздо более больными ( $p < 0,01$ ), чем респонденты группы сравнения. Суммарный показатель самооценки для сельских пациентов составил  $28,57 \pm 0,93$ , а для городской группы  $24,80 \pm 0,75$ . Самооценка у страдающих депрессией сельских жителей оказалась, в среднем, более высокой, чем в группе сравнения. Ведущие тенденции выбора цвета у депрессивных больных в значительной степени зависят от синдромального варианта депрессии, который определял специфику аффективного статуса больных, состояние мотивационно-потребностной сферы, особенностей эмоционального реагирования. Среди стимульных понятий цветового теста отношений на первое место для депрессивных жителей сельской местности выступает «желаемое будущее», несколько меньшей эмоциональной окраской обладает собственный образ (понятие «я»); на третьем месте у жителей сельской местности находится «состояние до болезни». Депрессивные пациенты, проживающие в сельской местности, превосходят городских пациентов по уровню ипохондричности, фиксированности на проблемах здоровья ( $p < 0,05$ ), а также по уровню ригидности или, в клиническом аспекте, паранойяльности ( $p < 0,05$ ). Группа сравнения обнаруживает более высокий ( $p < 0,05$ ) уровень эмоциональной лабильности (в данном случае

также уместней говорить все-таки о клинических чертах истероидности), а также гораздо более высокий ( $p < 0,01$ ) показатель социальной интроверсии, некоммуникабельности, замкнутости в своем «депрессивном мире».

На основе полученных данных, отражающих клинко-психопатологические и патопсихологические особенности депрессивных расстройств у жителей сельской местности, нами разработаны методы их диагностики, дифференциальной диагностики и коррекции с дифференцированным использованием медикаментозного лечения и психотерапевтических методик.

На основе сопоставления депрессий у жителей сельской местности с депрессиями жителей города нами были разработаны две группы дифференциально-диагностических критериев.

**1. Клинко-психопатологические критерии**

**1. Характер жалоб**

При распознавании депрессивных расстройств наибольшие трудности возникают в связи с тем, что в общении с больными, проживающими в сельской местности, часто возникает проблема затруднения вербализации жалоб. Психиатру, который курирует первично обратившегося депрессивного пациента, проживающего в сельской местности, с высокой вероятностью придется преодолевать выраженную алекситимию у последнего (обусловленную, в значительной степени, отсутствием навыка общения со специалистами психоневрологического профиля). Пациенты с депрессиями, проживающие в сельской местности, больше склонны обращать внимание на свое соматическое, чем на психологическое состояние. Жалобы на соматическое недомогание могут отвлекать внимание врача, препятствовать обнаружению аффективных расстройств, при этом жалобы излишне детализируются и характеризуются образными характеристиками и сравнениями.

В структуре жалоб, предъявляемых депрессивными больными, проживающими в городской местности, основным местом часто принадлежало жалобам, отражающим наличие так называемых «характерных» депрессивных симптомов (снижение настроения, утрата интересов и чувства удовлетворения от ранее приятной деятельности, равнодушие к окружающему, снижение энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости даже при незначительном усилии и сниженной активности). Жалобы излагались четко, конкретно.

**2. Преморбидные особенности личности**

Среди жителей сельской местности, больных депрессивными расстройствами, к развитию депрессии больше предрасположены личности лабильной и сензитивной конституции.

У городских жителей, страдающих депрессиями, в преморбиде отмечается больше неустойчивых и истероидных акцентуантов.

**3. Провоцирующие факторы**

Среди сельских жителей отмечается больше занятых физическим трудом, а также вовсе не имеющих постоянной работы, что представляет самостоятельный травмирующий (а иногда и провоцирующий, пусковой) фактор в структуре депрессивных переживаний. От невозможности трудовой и профессиональной самореализации, от отсутствия точки приложения своих знаний, умений, навыков, энтузиазма; от неудовлетворенной потребности обеспечивать семью и уверенно думать о перспективах особенно остро страдают сельские мужчины наиболее трудоспособного возраста (20—40 лет).

Для сельских жителей повышенную значимость имеют также домашние животные и, соответственно, их утрата. Сельские жители гораздо более склонны искать какую-либо конкретную причину заболевания, даже когда оно развивается явно аутохтонно. У сельских жителей снижена устойчивость к длительному психоэмоциональному напряжению — они его «плохо переносят», «устают», «боятся срыва» (по собственным словам пациентов) и, в целом, быстрее декомпенсируются.

У жителей городской местности чаще депрессивное расстройство возникает без наличия предшествовавшего психотравмирующего фактора. Горожане, более привычные к постоянному информационному и ситуационному дистрессу, канализируют аккумулированное напряжение в разного рода психосоматические расстройства, а не в собственно депрессивный аффект.

#### **4. Догоспитальное течение болезни**

У сельских жителей период времени до госпитализации в психиатрический стационар втрое более продолжителен, чем у жителей города. Это обусловлено многими факторами, связанными как с медико-социальными, так и с ментальными условиями.

У сельских жителей значительно меньше возможностей быстро попасть к высококвалифицированному специалисту. Система оказания психиатрической помощи на селе развита слабо (а амбулаторно- и анонимно-консультативная служба отсутствует вообще), гораздо ниже уровень информированности населения. Практически недоступны новейшие эффективные антидепрессанты, нейролептики, анксиолитики, не говоря уже о психотерапии и других немедикаментозных формах лечения. Негативную роль играют определенные особенности сельского менталитета: веками возвращаемые суеверия и предрассудки (подчас совершенно абсурдные в XXI веке), живучие традиции деревенского знахарства, недоверие к «слишком умным и непонятым городским докторам, которые берут дорого, а вылечить не могут», свой собственный опыт и пережитые односельчанами контакты с медициной, которые, как приходится признать, нередко принимают действительно уродливые, профессионально и этико-деонтологически недопустимые формы. Кроме того, на селе еще сильнее, чем в городе, выражен неодолимый, витальный, буквально биологический ужас перед психическими расстройствами, страх «уподобиться и стать таким же». Постоянно звучат у сельских жителей небезосновательные опасения социальной стигматизации, а также представления о психиатрическом стационаре как о месте, где «залечат и не оставят ничего человеческого», так что «лучше перетерпеть, потихоньку взять себя в руки...» и т. д. Если в депрессивных переживаниях присутствуют идеи самообвинения или греховности, то сельские жители (особенно с первым эпизодом) намного охотней обращаются к служителям церкви, чем к врачам.

Городской житель находится в более благоприятных условиях для быстрого обращения за специализированной медицинской помощью. Развита амбулаторная и анонимно-консультативная служба, более доступны антидепрессанты последних поколений.

#### **5. Особенности клинической картины**

У сельских и городских больных депрессиями преобладают три синдрома: тоскливый, тревожный и сенесто-ипохондрический, а апатико-адинамический, обсессивно-депрессивный и астено-анергический синдромы встречаются достаточно редко. У жителей сельской

местности в клинической картине представлены тревожный (ажитированный) и сенесто-ипохондрический варианты депрессий, а для городских жителей более характерны тоскливая (меланхолическая), невротическая, астеническая формы депрессии. Жителям сельской местности больше присуща тревожная соматизация, а горожанам — латентная психологизация депрессивной симптоматики и ее невротическая переработка.

Коморбидный алкоголизм обнаруживается как у сельских, так и у городских жителей. Однако больными, проживающими в сельской местности, злоупотребление алкоголем рационализируется рядом субъективных причин и развивается на значительно более неблагоприятной генетической почве. У городских жителей алкоголь чаще используется как интуитивно найденный антидепрессант.

#### **6. Особенности качества жизни**

Для исследования особенностей качества жизни целесообразно применение Шкалы оценки качества жизни, разработанной в 1999 году Mezzich J., Cohen N., Ruizperez M., Liu J., Yoon G. et al. Показатель качества жизни оценивается до и после проведенного лечения с позиции триады: самим больным, его родственником и врачом.

В общей картине субъективного качества жизни (КЖ) сельские жители с депрессивными расстройствами значительно ниже (чем городские) оценивают свое физическое и психологическое благополучие, а также не ощущают практически никакой поддержки со стороны общества и сотрудников (у многих сельских жителей «сотрудников» просто нет). Тревожным симптомом субъективной проблемности в сфере общего качества жизни является и то, что интегральный показатель КЖ на высоте аффективной патологии у жителей сельской местности ниже, чем у городских жителей. Сравнение субъективных и внешних (родственники, врачи) показателей КЖ депрессивного больного позволяет выявить прямую зависимость оценок от социальной дистанции с пациентом. Чем эта дистанция больше, тем более качественной представляется жизнь больного, хотя сам он может оценивать качество жизни как совершенно неудовлетворительное.

Ретестовое применение шкалы КЖ в конце терапевтического курса дает положительную динамику по всем параметрам. После лечения горожане значимо выше оценивают собственную работоспособность, понимая под этим термином, прежде всего, продуктивное функционирование операционно-мнестической и идеаторной сфер. При сопоставлении постгоспитальных субъективных и экспертных оценок КЖ обнаружены две универсальные, не зависящие от группы тенденции: после антидепрессивной терапии а) практически совпадают оценки родственников и врачей-кураторов и б) уровень субъективных оценок оказывается выше тех и других, т. е. больные с депрессивными расстройствами склонны преувеличивать терапевтический успех.

## **II. Клинико-патопсихологические критерии**

#### **7. Особенности самооценки**

Для исследования особенностей самооценки целесообразно использование методики Дембо — Рубинштейн.

Сельские больные депрессией по самооценочной пробе Дембо — Рубинштейн считают себя более общительными и менее несчастными, но при этом более тяжело больными.

Городские больные депрессией описывают себя как более глупых, замкнутых, несчастных.

### 8. Оцінка особливостей цветопредпочтения

Для оцінки цветопредпочтения використовується Метод цветових виборів (тест Люшера).

Ведущі тенденції восприяття цвета зависят от особливостей депресивного синдрому. В ході застосування Методу цветових виборів відзначається, що рівень відкритої тривожності вище у сільських жителів, стражданих депресіями, а латентної, витісняємої або подавляємої тривожності — у городських больних депресією. В «відкрито-декларативних», т. е. контролюємих свідченням анкетам і пробах сільські жителі, незважаючи на алекситимічні ускладнення, частіше схильні до трагедизації депресивної симптоматики, ніж когнітивно більш складні, але і більш закриті городжане. Дезадаптивні, дезінтегративні, деперсоналізаційні зміни переживаються городськими пацієнтами більш важко і, можливо, призводять до більш вираженої «вторичної» особистісної деформації внаслідок перенесеного або хронічного депресивного розладу.

### 9. Особливості емоціональних компонентів відношень

Для оцінки особливостей емоціональних компонентів відношень застосовується Цветовий тест відношень (ЦТО), запропонований А. М. Еткіндом і Е. Ф. Бажиним як метод вивчення емоціональних компонентів відношень людини до значимих для неї людей і понять.

Сільські жителі наділяють більш привабливістю і емоціональною значимістю понять «робота» і «домашні тварини». В загальній ієрархії значимості стимульних понять ЦТО для сільських жителів «бажане майбутнє» опережає значимість особистісного образу (поняття «я»).

Для городських жителів більш значимі стимульні поняття «супруг», «дети», «здоров'я». До поняття «робота» городські жителі демонструють більш нейтральне відношення. В загальній ієрархії значимості стимульних понять ЦТО на першому місці знаходиться особистісний образ.

### 10. Структура особистості

Для оцінки структури особистості застосовується опитувальник СМІЛ (Стандартизований методика дослідження особистості), який є адаптованою версією Мінесотського багатоглядного особистісного опитувальника (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI), розробленого S. R. Hathaway і J. C. McKinley в 1940 р.

Сільські пацієнти з депресивними розладами опережають городських по середньому рівню іпохондричності і ригідності (параноїальності), але відстають по шкалі істероїдності і різко відстають по параметру соціальної інтроверсії.

Таким чином, отримані дані можуть використовуватися як критерії діагностики депресій у жителів сільської місцевості.

### Список літератури

1. Волошин П. В. Перспективи та шляхи розвитку неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги в Україні // Український вісник психоневрології. — 1995. — Т. 3, вип. 2. — С. 5—7.
2. Д'яченко Л. І., Бобрицька З. М. та ін. Завдання психіатричної допомоги в Україні на сучасному етапі // Матеріали пленуму

науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України, присвяченого Року Здоров'я «Актуальні питання неврології, психіатрії та наркології у світлі концепції розвитку охорони здоров'я населення України». — Тернопіль: «Укрмедкнига», 2001. — С. 55—58.

3. Иванова Л. А. Опыт терапии депрессивного расстройства с коморбидными сенестопатиями // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Науч. материалы первого нац. конгресса по соц. психиатрии. — Москва, 2—3 декабря 2004 г. — М.: ГЕОС, 2004. — С. 54—55.

4. Классификация психических и поведенческих расстройств: Клиническое описание и указание по диагностике. — Киев: Факт, 1999. — 272 с.

5. Краснов В. Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999, № 4. — С. 5—9.

6. Кутько И. И., Павленко В. В. Лечение соматизированной депрессии // Харьковский медицинский журнал. — 1995, № 2. — С. 17—19.

7. Марута Н. О. Золот: нові можливості використання // Український вісник психоневрології. — 1999. — Т. 7, вип. 3(21). — С. 120—122.

8. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под общ. ред. Б. В. Михайлова. — Харьков: Прапор, 2002. — 128 с.

Надійшла до редакції 14.08.2007 р.

**Ж. І. Білостоцька**

### Принципи діагностики та диференціальної діагностики депресивних розладів у жителів сільської місцевості

*Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3 (м. Харків)*

В Україні кожного року кількість депресій збільшується на 3,4 %. Сучасні депресивні розлади мають затяжний початок та значну тривалість хвороби. Низька виявляемість депресій робить їх резистентними до терапії. Своєчасне виявлення депресивних порушень має важливе значення. Метою дослідження стала розробка принципів діагностики та диференціальної діагностики депресивних розладів у жителів сільської місцевості. На основі зіставлення депресій у жителів сільської місцевості з депресіями жителів міста були розроблені дві групи диференціально-діагностичних критеріїв. Отримані дані свідчать про ефективність та необхідність своєчасного проведення діагностики та диференціальної діагностики депресивних розладів у жителів сільської місцевості.

**Zh. I. Bilostotska**

### Principles of diagnosis and differential diagnosis of depressive disorders in the rural inhabitants

*Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine, Kharkiv Regional Clinical mental Hospital № 3 (Kharkiv)*

In Ukraine the annual increase of the number of depressions is of 3.4 per cent. The current depressive disorders have a continuous course and significant duration of the disease. The low rate of diagnosis of depressions makes them resistant for the therapy. To reveal the depressive disorders in time is of great value. The aim of the investigation was to develop the principles of diagnosis and differential diagnosis in the rural inhabitants. On the basis of comparison of depression in the rural inhabitants with depressions in the urban ones we have elaborated 2 group of differential diagnostic criteria. The obtained data confirm the efficiency and necessity of the in-time diagnosis of depressive disorders in rural inhabitants.