

Під нашим спостереженням перебували 214 хворих віком від 26 до 68 років (89 чоловіків і 125 жінок) з енцефалопатіями різного генезу і емоційними порушеннями: інфекційно-алергічними — 40, дисциркуляторними атеросклеротичного, гіпертонічного генезу (ДЕ) I, II стадій — 103 і змішаними (інфекційно-алергічними, судинними, посттравматичними) — 71 хворий відповідно. Обстеження передбачало клініко-анамнестичний, клініко-неврологічний, клініко-психопатологічний методи дослідження.

Клініко-неврологічна симптоматика у обстежених хворих була поліморфною, серед якої при ДЕ провідними неврологічними синдромами були астеничний ($p < 0,01$), лікворна гіпертензія і лікворно-венозна дисциркуляція ($p < 0,01$), екстрапірамідні ($p < 0,05$), вестибулоатактичні і осередкові порушення; при енцефалопатіях інфекційно-алергічного і змішаного генезу переважали астеничний синдром ($p < 0,01$), лікворна гіпертензія і лікворно-венозна дисциркуляція ($p < 0,05$, $p < 0,01$), вегетативні порушення і вегетативні кризи ($p < 0,05$), спостерігалися також і прості фокальні епілептичні напади.

Емоційні порушення характеризувалися переважанням тривожних, депресивних, агрипничних, емоційно-лабільних проявів ($p < 0,01$), поряд з якими спостерігались іпохондричні, фобічні симптоми. Вони мали певні особливості за виразністю, стійкістю і характером розвитку при різних типах енцефалопатій. Хворі з інфекційно-алергічними енцефалопатіями мали високий рівень особистісної і реактивної тривожності ($p < 0,05$, $p < 0,01$), клінічно виразні тривожні і депресивні емоційні розлади ($p < 0,01$), які розвивалися в структурі патогенезу основного захворювання і були міцно пов'язані із його перебігом і дією етіологічних чинників. Особливостями хворих з ДЕ були висока особистісна тривожність ($p < 0,05$), помірна і низька реактивна тривожність ($p < 0,05$). При ДЕ емоційні розлади розвивалися внаслідок органічного дефекту або в структурі патогенезу енцефалопатій, були міцно пов'язані із їх перебігом і дією етіологічних факторів. Клінічна картина емоційних розладів при ДЕ залежала, з одного боку, від наявності органічного дефекту і його локалізації, з іншого — збереження системи формування емоцій і емоційного реагування. При ДЕ I ст. емоційні порушення були переважно клінічно виразними, малосимптомними і лабільними, при ДЕ II ст. — різними за ступенем виразності і клінічними проявами, більш стійкими, ніж при ДЕ I ст. Хворі з енцефалопатіями змішаного генезу за особливостями формування і характером емоційних розладів займали «проміжне» положення між групами з іншими типами енцефалопатій.

Таким чином, емоційні розлади у хворих з енцефалопатіями є складовою клінічного синдромукомплексу. Формування емоційних розладів визначається недостатністю функцій головного мозку і локалізацією уражень, особливостями етіопатогенезу енцефалопатій і, зокрема, їх впливом на функціонування емоціогенних структур головного мозку.

УДК 616.895.4-079-008.441-44

ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНИЙ ДЕПРЕСИВНИЙ РОЗЛАД З СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

А. В. Харченко, М. М. Денисенко

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України», м. Харків*

Ключові слова: суїцидальна спроба, рекурентний депресивний розлад, психодіагностика

Дослідження було проведено у 35 хворих на рекурентні депресивні розлади.

Мета дослідження — вивчення психодіагностичних предикторів формування суїцидальної поведінки у хворих на рекурентний депресивний розлад для удосконалення критеріїв діагностики та прогнозування суїцидів.

При вивченні клінічної картини за допомогою шкали Гамільтона у даній групі хворих отримані результати:

наявність суїцидальних тенденцій виявлена у 57,14 % осіб, вони мали вищі показники за такими симптомами: депресія, почуття вини, суїцидальна ідеяція, рання інсомнія, збудження, тривожність, загальносоматичні симптоми, зменшення маси тіла фактичне, симптоми дереалізації та деперсоналізації, середній бал склав 27,1. У хворих на рекурентний депресивний розлад з відсутністю суїцидальних тенденцій (42,86 %) за шкалою Гамільтона були виявлені вищі показники за такими симптомами: депресія, інсомнія, втрата інтересу до роботи, втрата лібідо, втрата критики, середній бал — 20,1. Дослідження за допомогою методики «Способу оцінки самосвідомості смерті» (СОСС) дозволило виявити такі особливості: переважаючими факторами для хворих на рекурентний депресивний розлад були думки про власну смерть (1,20 бали), страх смерті (1,83 бали), бажання смерті (1,36 бали), вид суїцидальних намірів (2,29 бали), сні про смерть (0,66 балів), відношення до релігії (1,62 бали). Лише у 31,4 % хворих був визначений низький рівень самосвідомості смерті, що може бути проявом схильності до скоєння аутодеструктивних дій, самогубства. Кількість набраних балів (21,40) за методикою СОСС свідчить про високий рівень самосвідомості смерті у групі хворих на рекурентний депресивний розлад. Суїцидальні думки були виявлені у 46,7 % хворих лише при додатковому розпиті (думки про нічемне життя, песимістичне та безперспективне майбутнє, відчуття безвиході, але більша половина з них не втрачала бажання боротися за життя). Оцінка обстежених за допомогою методики «Спосіб визначення суїцидального ризику» (СВАП) дозволила виявити такі особливості: у 51,4 % хворих на рекурентний депресивний розлад був виявлений високий ризик аутодеструктивних дій (середній бал склав 29,7), хоча у групі, взагалі, середній бал дорівнював 27,80. Відповідно, 49,6 % хворих цієї групи мали нижчі показники, що свідчило про менший ризик у них аутодеструктивних дій. Для визначення пресуїцидального періоду ми використовували тест самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів (СВАП). За шкалами аутоагресії, імпульсивності та відвертості у хворих на рекурентний депресивний розлад оцінювані показники були низькими. За шкалами агресії, імпульсивності, афективних порушень, звуження і розладів когнітивних функцій, вегетативних розладів підвищення показників спостерігається до рівня помірних. Показники шкали звуження і розладів міжособистісних контактів були вираженими.

Для хворих з рекурентними депресивними розладами з високим суїцидальним ризиком було характерно: високий рівень суїцидального ризику і знижений рівень показника самосвідомості смерті, що відображає наявність реальних аутоагресивних тенденцій, переважаючим видом аутоагресії є почуття провини, яке спрямовано на особистість хворого та відчуття тягаря для оточуючих; за шкалою Гамільтона виявлено високий ризик аутоагресивної поведінки.

УДК 616.895.4-008.47-008.441-44

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

А. В. Харченко, Н. А. Малихіна

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України», м. Харків*

Ключові слова: суїцидальна спроба, рекурентний депресивний розлад

Щорічно в світі реєструється більше 500 тисяч завершених самогубств, суїцидальних спроб — в 5—10 разів більше, а суїцидальний ризик у хворих на депресивні розлади у 20—100 разів вищий у порівнянні з суїцидальним ризиком у загальній популяції.

Метою нашого дослідження було вивчення клініко-психопатологічних предикторів у хворих на рекурентні депресивні розлади (F 33) з суїцидальною поведінкою.

Нами було проведено комплексне клініко-психопатологічне обстеження 35 хворих на рекурентні депресивні