

Journal of American Psychoanalytical Association. — 2008. — Vol. 56 (2). — P. 515—550.

11. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика / Д. Я. Райгородский. — Самара: БАХРАХ, 1999. — 669 с.

12. Bushman, B. Meta-analysis of factor analyses: an illustration using the Buss-Durkee Hostility Inventory / B. Bushman, H. Cooper,

K. Lemke // Personality and Social Psychology Bulletin. — 1991. — Vol. 17 (3). — P. 344—349.

13. Lange, A. Validation of the Dutch adaptation of the buss-Durkee Hostility Inventory / A. Lange, B. Dehghani, E. De Beurs // Behavior research and therapy. — 1995. — Vol. 33 (2). — P. 229—233.

Надійшла до редакції 28.10.2011 р.

**Н. Ю. Жабенко**

ДЗ «Луганський державний медичний університет»  
(м. Луганськ)

### Вивчення параметрів агресивності при ВІЛ-інфекції

Обстежено 143 хворих на ВІЛ інфекцію. За результатами тестування за методикою Басса — Даркі встановлено, що ВІЛ-інфіковані мають вірогідно вищі показники агресивності ( $54,97 \pm 13,6$ ) та ворожості ( $33,04 \pm 15,6$ ) у порівнянні із групою зіставлення ( $27,21 \pm 5,9$  и  $9,7 \pm 3,8$ ). Виявлено взаємозв'язок між агресивними тенденціями і глибиною депресії та наявністю суїцидальних намірів.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, агресія, ворожість.

**N. Zhabenko**

State establishment "The Luhans'k State Medical University"  
(Luhans'k)

### Study of aggressive behavior in patients with HIV

A total of 143 patients with HIV took part in the study. The findings on the Buss-Durkee Hostility Inventory showed that the highest points of the aggression and hostility were for patients with HIV ( $54.97 \pm 13.6$ ;  $33.04 \pm 15.6$ , respectively), in comparison to the non-HIV patients. Aggression was associated in bivariate analyses with the severity of depression and suicidal behavior.

Key words: HIV-infection, aggression, hostility.

УДК: 616.895.4-07:616.1/4

**С. Кирилюк**, асистент каф. психіатрії та психотерапії ФПДО

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького  
(м. Львів)

## ВІТАЛОФРЕНІЯ ПРИ ДЕПРЕСІЇ: ТИПОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Наведено опис клінічного випадку у пацієнта з меланхолійною депресією з переважаючими розладами сил (енергії) як ілюстративний приклад до поняття «віталофренія».

Ключові слова: віталофренія, базовий розлад сил (енергії), депресія, випадок.

З метою покращання діагностики депресивних розладів в амбулаторних умовах, в тому числі лікарями загальної практики, нами протягом 2005 — 2011 рр. було проведено дисертаційне дослідження «Співвідношення спектра скарг і об'єктивних критеріїв у діагностиці депресій».

У дослідженні ми спробували з'ясувати співвідношення між скаргами, що висловлюють хворі на сучасні форми депресивних розладів і тими діагностичними критеріями депресій, що зафіксовані в міжнародних класифікаціях хвороб останніх переглядів (МКХ-10 та DSM-IV), які використовуються в Україні для встановлення цього діагнозу.

Матеріал цього дослідження склали 46 хворих з меланхолійною депресією, серед яких було 30 (65,2 %) жінок та 16 (34,8 %) чоловіків. Порівняльну групу, вибір якої диктувався необхідністю вивчення «чистих» депресій, склали 24 пацієнти — 18 жінок (75 %) та 6 чоловіків (25 %), у яких поряд з наявністю депресивної симптоматики виявлялася наявність тривожного синдрому.

Проведене дослідження виявило, що обстежені пацієнти з встановленим діагнозом «депресивний розлад» серед основних скарг хоча і згадують найбільш типові для цих станів хворобливі прояви, що є зафіксованими як діагностичні критерії в МКХ-10 та DSM-IV, але не всі з них вважають найважливішими. Першим центральним переживанням (за частотою виявлення) в обстежених хворих є переживання, яке окреслене скаргами на втрату сил та втомлюваність з загальним вітальним тілесним відчуттям слабкості та безперспективності, а не

класичний синдромокомплекс, що є характерним для депресій [1].

Нами запропоновано вживання спеціального терміна «віталофренія» для означення базового розладу життєвих сил (енергії) у пацієнтів з депресивним розладом з провідним синдромокомплексом з п'яти визначальних симптомів: 1) втрата енергії, втомлюваність; 2) зниження здатності концентрувати увагу; 3) похмура, песимістичне бачення майбутнього; 4) порушення сну; 5) змінений апетит.

Для ілюстрації вищеописаного наводимо **типовий клінічний випадок** пацієнта з меланхолійною депресією, що був включений у дослідження.

**Пацієнт П., 1983 р. н.**, мешканець м. Львова. Перебував на стаціонарному обстеженні та лікуванні у відділенні № 2 КЗ ЛОР ЛОКПНД з 01.03.2011 р. по 28.03.2011 р. (27 діб).

На лікування в КЗ ЛОР ЛОКПНД надійшов вперше у супроводі матері та за її ініціативою зі скаргами на «депресивний стан», який описує специфічно: відсутність енергії, сили, меншою мірою — пригнічений настрій, який зазвичай зранку гірший, під вечір покращується; інколи настрої може коливатися протягом доби та погіршитися раптово вдень і бути таким до сну; порушення нічного сну — поверхневий з кошмарними сновидіннями соціального змісту, страх перед майбутнім, відгородженість, втрата апетиту, втрата ваги тіла на 15 кг за останні півроку.

**АНАМНЕЗ:** спадковість нервово-психічними захворюваннями не обтяжена. Єдина дитина. Вагітність та пологи без патології. Ранній розвиток згідно віку, вчасно почав сидіти, ходити, говорити. Був «нормальною» дитиною. Матір пацієнта за фахом шкільний психолог, працювала логопедом в будинку дитини, протягом останніх 10-ти років перманентно перебуває в Італії на заробітках. За характером зі слів пацієнта, маломовна, в особистому контакті справляє враження, з одного боку відгородженої від проблем сина, що не знає його життя, з іншого — людини з масивним почуттям вини за «неодані роки піклування». Про батька

пацієнта як матір, так і сам пацієнт, подають скупі відомості, оскільки, коли пацієнтові було 3,5 р. батьки розлучаються і той виїжджає до Москви, фактично контакти з ним не підтримували. Знають, що помер 8 років тому від легеневої патології. З характеристики повідомляють, що «він був маломовний». З об'єктів ранньої прив'язаності, виділяє свого діда по батьківській лінії. Єдині наведені приємні спогади з дитинства пов'язані з ним. Був відставним майором, зі слів пацієнта добрим і підтримуючим. В дорослому віці пацієнт кожного літа їздив до нього на канікули. Помер три роки тому, пацієнт відбувши його похорон, приїхав з почуттям гордості за нього. Матері розповідав, що його поховали з почестями, як заслуженого офіцера. Сумує за ним дотепер, під час актуального поганого самопочуття неодноразово говорив матері «я хочу до діда», «мені його не вистачає». В садочок пішов у віці 3 р. 3 міс., легко сприйняв зміну обстановки, не плакав, був активним. В часі розлучення батьків через 2 міс. поведінка пацієнта не змінюється, залишається життєрадісним. Зі слів матері з віку 5-ти років і до 12-ти років у періоди, коли мав високу температуру під час простудних захворювань, казав, що «машини їздять», описував, що «ніби щось накочується на нього» і в той час сильно плакав. Матір боялася таких станів сина, зверталася до невропатологів, які сказали, що такі стани лікування не потребують та минуться після 12—13 років, що і відбулося. У віці 7-ми років переніс вірусний гепатит А у легкій формі без ускладнень. До школи пішов у віці 7 р. 8 міс. З однолітками стосунки були впорядкованими, серед інших дітей особливо не виділявся. Не був лідером, дотримувався загальних тенденцій та зацікавлені класу. Любив гуманітарні предмети, менше — точні науки. Зі слів пацієнта, з часів школи і дотепер має багато знайомих, але друзів ніколи не мав і не має. Все найінтимніше залишав завжди собі, ні з ким з однолітків не ділився. Зі старших класів захопився музикою (важкими напрямками «doom», «death» і т. д.), грав у групі на бас-гітарі до віку 22-х років, поки група не розпалася у зв'язку з «дорослим життям». Також захоплювався спортом — футболом, важкою атлетикою, боксом. Зі слів пацієнта, важких фізичних травм та ЧМТ з втратою свідомості не мав, крім перелому носової перегородки в студентські роки. Пік життєвої активності пацієнта припадає на час 18—22 роки, коли навчався в Львівському національному університеті ім. Івана Франка. На той час з 19-ти років починає мешкати сам, матір їде на заробітки. Є активним, проводить час серед однолітків, веде повнокровне студентське життя (вечірки, бокс і т. д.). Зустрічається з дівчиною до закінчення навчання, розходиться з нею за власною ініціативою. В невдовзі зав'яже нові стосунки, які тривають більше 4-х років. Розійшлися, зі слів пацієнта, за спільною згодою, оскільки вичерпали себе. Закінчивши університет, отримує кваліфікацію іспано-англійського лінгвіста. Влаштується працювати на іспано-українське спільне підприємство перекладачем, де працює до 2010 р., поки фірма не закрилася. Роботу на фірмі описує як нейтральну, подекуди нудну. З початку 2010 р. по цей час безробітний. Катамнестично підсумовуючи період з часу закінчення університету, спостерігаємо наростання соціальної пасивності пацієнта: закидає улюблені справи, не реалізується в професійному плані, з активного у студентські роки перетворюється на усамітненого, «романтично-меланхолійного». Поступово втрачає контакт з матір'ю. З її слів, перші роки після її від'їзду часто, навіть кожного дня розмовляли телефонічно, протягом останнього року — значно рідше. На спроби матері цікавитися його життям, з її слів, останні роки відповідав «...ти і так багато пропустила...». Також, з її слів в пацієнта посилюлися такі риси характеру як закритість та зануреність у себе.

Пацієнт відмічає зміну в своєму стані протягом останнього року з часу втрати роботи. З'явилося відчуття апатії,

відсутності енергії та бажань. Прагнув усамітнення, переглядав наодинці фільми з «золотої класики італійського кінематографа», уникав реальних контактів. З'явилося відчуття відсутності потреби іншим. За півроку, з літа 2010 р., долучилися коливання настрою з виразним покращанням під вечір. З осені 2010 р. порушився сон, який став поверхневим; з'явилися кошмари, суті яких пацієнт розповісти не зміг. Натякає лише, що вони пов'язані з соціальними тривогами — «...пошуком свого місця в цьому світі...». Втрапив апетит, вагу тіла на 15 кг за останні півроку. На початку грудня 2010 р., після розлучення з дівчиною, з'явилося відчуття безперспективності. В середині грудня 2010 р., вдома, на висоті вираженого почуття безперспективності, відсутності енергії та втрати зацікавленості, наносить собі декілька глибоких порізів ножем на ділянку лівого передпліччя. Зі слів пацієнта, не знає точно, чи хотів покінчити життям, але відмічає, що хотів щось змінити і такий спосіб виглядав найбільш доступним. Побачивши рану та кров, відчув переляк. Думаючи, що помре, дзвонив до колишньої дівчини та двоюрідної сестри, розповівши їм про даний факт. Ті організували першу допомогу. Зі слів матері, яка має інформацію від племінниці, був схвильований, просив нікому про це не розповідати, просив залишити його самого, мовляв «...все минеться...». Не хотів, аби його госпіталізували. Зі слів пацієнта, з того часу по даний момент про самогубство не думав. З січня 2011 р. приїжджає матір пацієнта. Дивним чином складаються стосунки, починається «гра у мовчанку»: хоча матір пацієнта і знала про спробу суїциду сина, не говорить з ним на цю тему. Одна з її мотивацій — попередня погроза пацієнта його кузині «...ти не будеш моєю сестрою, якщо про це їй розкажеш...», з її слів «...не хотіла розвалити їхні стосунки...». На її вимогу оглядається приватно лікарями-психіатрами, приймає сульпірид у добовому дозуванні 200 мг та мелітор 25 мг на ніч. На фоні лікування спостерігається часткова стабілізація ефекту, розлади вітальності (порушення сну, відсутність енергії, і т. д.) — без змін. На початку березня 2011 р. лікарі, що спостерігають пацієнта, рекомендують звернутися в КЗ ЛОР ЛОКПНД, після огляду в поліклініці погодився на стаціонарне обстеження та лікування в 2-му стаціонарі.

**Соматичний стан:** Температура тіла в межах норми. Задовільного харчування. Шкіра та видимі слизові чисті. На шкірі лівого передпліччя загоєні шрами. Найявне легке викривлення носової перегородки вліво без утруднення дихання. Тони серця ритмічні. ЧСС = 70 на 1 хв, АТ = 115/70 мм рт. ст. Над легеньми — ясний легеневий звук, дихання везикулярне. Живіт м'який, не болючий. Печінка +1,5 см нижче реберної дуги. Симптом Пастернацького від'ємний з обох боків. Селезінка не пальпується. Набряки відсутні.

**Неврологічний стан:** ознак явної вогнищевої патології не виявлено, менінгеальні симптоми відсутні.

**Загальний аналіз крові та сечі:** в межах норми. Реакція Васермана від'ємна.

**Психічний стан:** на час первинного огляду — в свідомості. Орієнтований вірно. Одягнутий охайно. Стривожений розмовою, що помітно з поведінки пацієнта — активно потіє, не може спокійно всидіти на кріслі, закидає ногу за ногу, тривожно перебирає руками. Поглядом не підтримує візуального контакту, очима «бігає» з предмету на предмет. Займає виражено аутистичну позицію, а саме: мова скупа; повідомляє про себе мінімум інформації, постійно перепитує «...для чого це Вам, я не хочу цього розповідати... йду звідси... все надто швидко...». Помітне зниження концентрації уваги. Ховає погляд від матері, яка сидить поруч, справляє враження особи з масивним почуттям сорому та вини перед нею. Це, очевидно, пов'язано з тим, що попередньо в кабінеті завідувачі вперше в присутності матері відкрито розповів про суїцидальну спробу. Просить її вийти з кабінету, після чого стає дещо розкованішим. Скарги на

порушений настрій займають другорядну позицію; провідними є вітальні скарги та на відчуття порожнечі, яка «з'їдає з середини». Мислення послідовне, активних маячних ідей не висловлює, продуктивну симптоматику в анамнезі та тепер заперечує. Інтелект відповідає набутому життєвому досвіду та освіті. Пам'ять на давні та поточні події, в цілому, збережена. Домінуючий афект на час огляду депресивний. Перспективу майбутнього бачить у мінорних тонах: «...не знаю, як буде далі...». Суїцидальні думки, наміри та тенденції на час огляду заперечує, дає згоду при їх появі відразу в першу чергу повідомити лікуючого лікаря. Проти обстеження та лікування в умовах 2-го відділення не заперечує, відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу» надав інформовану письмову згоду.

**Результати патопсихологічного обстеження**

Дата обстеження: 09—15.03.2011 р.

**Мнестична сфера.** Крива запам'ятовування, коротко-строгового та відстроченого відтворення така: 5, 7, 9, 10, слів з десяти, відстрочено через 50 хвилин — 9 слів.

**Сенсомоторні процеси. Увага.** Часові показники рахунку за таблицями Шульце — в межах норми (до 20—30 секунд). Пацієнт перші дві таблиці виконав за 20 секунд, наступні дві — за 20 секунд, останню — за 30 секунд, рахунок сповільнився. На запитання психолога: «Ви втомилися, чи може набридло?». Пацієнт відповів, що набридло, бо те ж саме треба було виконувати. При завершненні виконання методики «Складні аналогії» пацієнт почав припускатися помилок. Рівномірний рахунок «Додавання за Крепеліном» та віднімання від 100 по 7: в процесі обстеження визначається рівномірний рахунок. Таким чином, у пацієнта спостерігаються незначні порушення стійкості уваги та її переключення.

**Аналітико-синтетична діяльність.** Інструкції до виконання методик засвоює, працює швидко. Стандартні методики «Виділення суттєвих ознак», «Прості аналогії», «Складні аналогії», «Класифікація предметів» виконує добре. Якісні порушення мислення не виявлено. Для зображення більшості піктограм підібрані адекватні абстрактні символи. Проте зображення деяких з них привертає увагу, наприклад, пацієнт щастя зображає у вигляді сонця, розлуку — розбите серце, сум — чорний квадрат, голодна дитина — у вигляді шестикутної зірки («знак голокосту»), а також сумнів у вигляді терезів з пояснення: «сумнів, вагання, ваги». Всі ці піктограми пацієнт відтворив. Таке зображення піктограм може свідчити про емоційну відгородженість пацієнта.

При опосередкованому запам'ятовуванні з 12 відтворив 11 слів.

Вираженість депресії за шкалою Гамільтона — 17 балів, що відповідає помірному ступеню важкості.

**Структура особистості.** Розмова за планом «SKID-II» не виявляє жодного особистісного радикалу на рівні розладу.

Згідно зі шкалою Спілбергерера — Ханіна ситуативна й особистісна тривога становить відповідно 31 та 34 бали, що відповідає низькому рівню тривожності. Згідно з Торонською шкалою алекситимії — 87 балів, що відповідає алекситимічному типу.

Отже, на час обстеження на перший план виступають емоційна відгородженість на фоні зниженого настрою у алекситимічної особистості. В результаті ЕПО не виявлено якісних порушень мислення. Незначні порушення у сенсомоторній та мнестичній сферах можуть бути спричинені негативістичним ставленням до обстеження.

16.03.2010 р. оглянутий спільно з науковим керівником дисертаційної роботи доцентом Кечуром Р. В. кафедри психіатрії та психотерапії ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького. Діагноз: Помірний депресивний епізод з переважанням розладів вітальності F 32.1.

**Лікування:** ципралекс 20 мг на ніч, індивідуальна короткофокусна психоаналітична психотерапія (10 сеансів по 30 хв.), арт-терапія (колаж), водні процедури (душ Шарко, циркулярний душ, гідромасажна ванна).

Внаслідок проведеного лікування психічний стан з позитивною динамікою — відвертіший у спілкуванні, редукувалася симптоматика, наявна при надходженні, став активніший, бере участь в повсякденному житті відділення. Відновилися сон та апетит, за час лікування в стаціонарі набрав 5 кг у масі тіла. Виявляє бажання працевлаштуватися. У задовільному стані виписаний з відділення. При виписці рекомендовано динамічне спостереження у районного лікаря-психіатра за місцем проживання, продовжувати приймати ципралекс 10 мг на ніч, довготривала психотерапія.

**Аналіз та висновки**

1. Як помітно з життєвої кривої пацієнта, він завжди займав активну позицію (участь в студентському житті і т. д.), був відкритим, комунікативним. З часу захворювання з'явилася аутистичність, не характерна в «здоровому» періоді, що знівелювалася по мірі покращання самопочуття на фоні лікування.

2. Провідним компонентом цього депресивного стану є розлад вітальності, а не типовий депресивний синдромокомплекс. Тріаду Крепеліна пацієнт хоча і висловлює під час анамнестичної процедури, проте, не вважає її домінуючою.

3. У пацієнта спостерігається швидке відновлення енергетичного балансу на фоні прийому антидепресанту, що свідчить про те, що механізм розвитку віталофренічного симптомокомплексу є депресивним за своєю суттю та заміщує собою «типову» симптоматику, характерну для депресій загалом.

**Список літератури**

1. Фільц, О. О. Сучасні методологічні аспекти діагностики депресії: альтернативний погляд на проблему / О. О. Фільц, С. С. Кирилюк // Архів психіатрії. — 2011. — Т. 17, № 1(64). — С. 30—33.
2. Науковий твір «Застосування терміна «Віталофренія» / Фільц О. О., Кирилюк С. С. // Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 36465 від 10.01.2011 р.
3. Кирилюк, С. С. Особистісний та соціокультуральний аспекти формування депресивної симптоматики / С. С. Кирилюк, О. О. Фільц // Архів психіатрії. — 2011. — Т. 17, 2(65). — С. 15—18.

Надійшла до редакції 16.11.2011 р.

**С. Кирилюк**

Львовский национальный медицинский университет  
им. Данила Галицкого (г. Львов)

**Виталофрения при депрессии: типичный клинический случай**

Представлено описание клинического случая у пациента с меланхолической депрессией с преобладающим расстройством сил (энергии) как иллюстративный пример к понятию «виталофрения».

**Ключевые слова:** виталофрения, базовое расстройство сил (энергии), депрессия, случай.

**S. Kyrylyuk**

Lviv National medical University named after Danyla Halytsky (Lviv)

**Vitalophrenia for depression: a typical clinical case**

It is shown a description of a clinical case in a patient with melancholic depression with the prevailing disorder of strength (energy) as an illustrative example of the concept of "vitalophrenia".

**Key words:** vitalophrenia, basic disorder of strength (energy), depression, case.