

преследователей, их жалобы на них были пассивны. “Указатель” вины (W.Scheld) был направлен не на обидчиков, а на самих себя. Мысль об уходе из жизни казалась им спасительной.

Другим важным отличием аффективно-бредового синдрома в рамках инволюционной меланхолии от истинного шизофренического параноида было почти полное отсутствие галлюцинаторной симптоматики. Отдельные высказывания больных типа “я слышу, как меня ругают”, “вижу, как умру” и т.д. носили не истинный характер, а некий “интерпретативный”. При просьбе уточнить суть высказывания выяснялось, что больные домысливали свои депрессивные переживания.

По характеру аффекта депрессивная симптоматика больных инволюционной меланхолией отличалась смешанностью и быстрой сменяемостью, иногда несколько раз в течении суток, тревожного и тоскливого компонентов. У значительной части больных этой группы суточные колебания настроения носили атипичный характер.

Эта группа аффективных расстройств отличалась наибольшей суицидальной готовностью.

Преморбид больных инволюционной депрессией расценивался нами в большинстве случаев как гипертимный и циклоидный. Несколько реже выявлялись лабильные черты.

Особенностью депрессивных нарушений при шизофрении у больных позднего возраста было преобладание в клинической картине заторможенно-ступорозного и апатического компонента. Больные отличались вялостью, безинициативностью, полным отсутствием побуждений. Своим состоянием, как правило, не тяготились. При обращениях были либо индифферентны, либо пассивно подчиняемы. Возрастная симптоматика наслаивалась на значительный шизофренический дефект, имевшийся к этому возрасту у большинства больных, усиливала его. Больные еще в большей мере представлялись как несостоятельные.

Суточные колебания настроения были не такими четкими как в других группах больных. Однако в течении заболевания эти больные отмечали наличие нескольких “хороших дней” с относительным послаблением депрессивной симптоматики на фоне продолжающегося приступа.

Преморбид характеризовался преобладанием циклоидных и сенситивно-шизоидных черт личности.

Эндоформные депрессии при органических заболеваниях - сосудистых либо атрофических,

характеризовались неусидчивостью, суетливостью. Больные были говорливы, неустанно жаловались на жизнь или состояние здоровья. В отдельных случаях больные были ворчливы, все происходящее вызывало у них недовольство, о чем они неустанно говорили. В депрессивной симптоматике преобладал тревожный аффект.

В ряде случаев речевой контакт о больными был совершенно непродуктивен. Клиническая картина заболевания этой группы больных определялась явлениями общего возрастного регресса и органической симптоматикой, которые наслаивались и взаимно усиливали друг друга. Для большей части “органических” больных была характерна растерянность, недоосмысленность, в наиболее тяжелых случаях наблюдался регресс личности с явлениями пуэрилизма. Следует отметить следующую общую закономерность для органических заболеваний позднего возраста: по мере усиления органической симптоматики, нарастания явлений деменции, основная психопатологическая симптоматика упрощалась, аффективные нарушения характеризовались неразвернутостью, фрагментарностью. В случаях выраженной деменции аффективная симптоматика полностью скрывалась за симптомами психоорганической патологии.

Границы депрессивной фазы были нечетки. Ремиссии сопровождалась астено-энцефалопатической симптоматикой.

Преморбид больных данной группы характеризуется наличием гипертимных и циклоидных черт личности.

Существенная наследственная отягощенность отмечена в группах больных шизофренической депрессией и поздними фазами МДП. В группе больных органическими возрастными заболеваниями наличие психических расстройств у родственников фактически не превышало аналогичного показателя в популяции. Больные инволюционной меланхолией занимали промежуточное положение, приближаясь к поздним эндогенным депрессиям, отнесенным к кругу МДП. Последнее может свидетельствовать о существенном значении эндогенного фактора в возникновении инволюционной депрессии.

Представленные данные, естественно, не претендуют на полноту освещения особенностей клиники аффективных расстройств в позднем возрасте. В рамках данной статьи не удалось коснуться вопроса длительности и частоты фаз в позднем возрасте, резидуальных явлений и исхода заболеваний, суицидальной готовности депрессивных больных пресенильного и сениль-

ного возраста. Для упрощения изложения больные с различными типами течения заболевания: циркулярным, с течением в виде периодических депрессий или однократных были объединены в единую группу больных МДП.

Приведенные результаты подтверждают нозологическую самостоятельность каждого из представленных типов депрессий возраста обратного развития. Несмотря на своеобразие и ряд специфических клинических особенностей имеются четкие клинические критерии, определяющие содержание и границы аффективных симптомов, синдромов, психозов и разграничивающие их. Депрессии позднего возраста феноменологически отражают возрастную патопластику. В "типичных" случаях депрессивные расстройства позднего возраста даже при наличии

остроты и тяжести депрессивного аффекта отличались полиморфностью клинической картины. На фоне неразвернутости, фрагментарности симптоматики отмечалось присоединение дополнительных расстройств в виде ипохондрических, сенестопатических переживаний, появления депрессивных бредовых переживаний. Тоскливый аффект, характерный для депрессий среднего возраста, сменялся в позднем возрасте преимущественно тревожным. В глубокой старости при наличии выраженной возрастной органической симптоматики аффект носил смешанный характер и отличался рудиментарностью.

Полученные данные могут быть использованы для диагностики, а также для решения вопросов профилактики и лечения депрессивных больных позднего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вертоградова О.П., Войцех В.Ф., Краснов В.Н. Возрастные особенности депрессий второй половины жизни. - Ж. невропатол. и психиатр. - 1986 - в.9. - С. 1380-1384.
2. Вовин Р.Я., Аксенова И.О. Затяжные депрессивные состояния. - Л., 1982.
3. Куценок Б.М. Клиника и дифференциальная диагностика церебрально-атеросклеротических депрессий // Депрессии позднего возраста. - М. - 1983. - С. 68-75.
4. Кутько И.И., Стефановский В.А. Депрессивные расстройства. - Киев: "Здоров'я", - 1992.
5. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. - Л. - 1981.
6. Паничева Е.В. О некоторых результатах клинико-эпидемиологического исследования маниакально-депрессивного психоза. - Ж. невропатол. и психиатр. - 1986. - т.81. - в.4. - С. 537-541.
7. Пападопулос Т.Ф., Шахматова-Павлова И.В. Маниакально-депрессивный психоз // Руководство по психиатрии. - М. - 1983. - Т.1. - С. 304-378.
8. Полищук И.А., Булахова Л.А. Клиническая генетика в психиатрии. - Киев: "Здоров'я", - 1981.
9. Пятницкий А.Н. К вопросу о возрастных закономерностях депрессий позднего возраста. Ж. невропатол. и психиатр. - 1986. - т.81. - в.4. - С. 537-541.
10. Синицкий В.Н. Депрессивные состояния. - Киев: Наукова думка, 1986. - 270с.
11. Сударева Л.О. К дифференциальной диагностике поздних эндогенных аффективных психозов. Ж. невропатол. и психиатр. - 1981. - т.81. - в.4. - С. 555-561.
12. Телешева Е.С., Пятницкий А.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика диспансерного контингента больных эндогенными аффективными психозами позднего возраста. Ж. невроп. и психиатр. - 1992. - т.92. - в.1. - С. 75-78.
13. Шахматов Н.Ф. Инволюционные психозы. - М. - 1979. - С. 143-150.
14. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. - М. - 1977.
15. Akiskal H.S. Distimic disorder. Am.J.Psychiatry - 1983. - 140. - p.11-20.
16. Angst J. Verlauf unipolar depressiver, bipolar manisch-depressiver und schizoaffektiver Erkrankungen und Psychosen. - Fortschr. Neurol. Psychiat. - 1980. - Bd.48. - №1. - S.3-30.
17. Feinberg M., Carroll B.J. Separation of subtypes of Depression. - Brit. J. Psychiatry. - 1982. - 140. - P. 384-391.
18. Hamilton M. Le prognostic des les depressions. - Rev. Med. - 1980. - t.21. - № 2-3. - P. 139-144.
19. Nelson J.C., Charney D.S. The symptoms of major depressive illness. - J. Psychiatry. - 1981. - 138. - P. 1-13.
20. Tellenbach M. Melancholie. Springer. - Verlag. - 1976.
21. Winokur G. Unipolar depression // Arch. gen. Psychiat. - 1989. - Vol.36. № 1. - P. 47-52.

В.Д. Мишів

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСІЙ ПІЗЬНОГО ВІКУ

Київське міське спеціалізоване психоневрологічне медичне об'єднання

Дсліджено 82 хворих із депресіями пізнього віку. Дослідження проводилось у Київському міському психіатричному диспансері. Проведено вивчення співвідношення між різними типами депресій похилого віку. Вивчені клініко-психопатологічні особливості кожного із цих типів. Надається стисла клінічна характеристика, дані о преморбідних особливостях характеру людини і спадкової навантаженості. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1997. - № 1 (3). - С. 27-31).

V.D. Mishiyev

CLINICAL PECULIARITIES OF THE DEPRESSIONS OF LATE AGE

Kiev Sity Specialised Medical Psychoneurological association.

82 patients with depressions of late age were examined. Patients were observed in Kiev city psychiatric dispensary. The correlation between different kinds of depression clinical and pathopsychological peculiarities of each kind were studied. Clinical characteristic of premorbid personality's special features and hereditary conditions were described. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1997. - № 1 (3). - P. 27-31).

Поступила в редакцию 11.03.97

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КРИМИНОГЕННОЙ АКТИВНОСТИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Донецкий государственный медицинский университет

Ключевые слова: общественно опасные действия, психически больные, психопатологический синдром, социально-экономические условия.

Социальное значение психических заболеваний в отличие от общесоматических не ограничивается тем ущербом, который причиняется их распространённостью, потерей трудоспособности частью населения, затратами на лечение больных и содержание инвалидов, возможностью смертельных исходов. Психически больные способны также причинять определённый и весьма существенный вред своими неправильными, неадекватными реальной обстановке действиями, которые совершаются с большим упорством и активностью, своеобразной целеустремлённостью и нередко опасны для общества. Поэтому в силу своего большого социального значения проблема общественной опасности душевнобольных во все времена привлекала пристальное внимание врачей, общества и государства. Эволюция взглядов на сущность психических болезней и опасные действия больных происходила в зависимости от изменения политической и социально-экономической структуры общества в различные исторические периоды в разных странах. Учитывая

значительное изменение социально-экономических условий в стране за последнее время, которое затронуло все слои общества, представляет интерес изучение микросоциальных условий, которые могут оказывать влияние на формирование преморбидных личностных особенностей и нередко выступают в качестве провоцирующих или даже причинных факторов, непосредственно способствующих реализации ООД [7, 8, 14, 21].

В последние годы появилось немало число исследований, определяющих роль того или иного заболевания в генезе ООД душевнобольных [5, 6, 16, 17 и др.]. Однако, учитывая, что в рамках одной нозологической единицы возможны различные психопатологические синдромы, формы и стадии течения болезни многие судебные психиатры, рассматривая вопросы прогнозирования общественной опасности различных контингентов психически больных, отмечают значение не столько нозологического диагноза, сколько структуры психопатологического расстройства [13, 15, 20, 22, 26 и др.].

Методы исследования

Для изучения роли актуального психического состояния в формировании криминогенной активности в различные периоды общественного развития (тоталитарный и посттоталитарный) были выделены 2 группы психически больных, совершивших правонарушения и признанных невменяемыми в отношении инкриминируемых им деяний в 1981-1984 и 1991-1994 годах. Настоящее исследование охватывает выборку невменяемых, проходивших СПЭ в 1981 и 1994 годах.

Исследование проводилось на базе судебно-психиатрического отделения ОКПБ г.Донецка. Материалом для анализа послужили акты судебно-психиатрической экспертизы -

123 за 1981 год и 121 за 1994 (амбулаторной и стационарной).

С целью получения наиболее чётких оценок и сопоставимых результатов, в основу использованной классификации синдромов положен глоссарий Н.М.Жарикова (1977), охватывающий практически все болезненные состояния, относящиеся к компетенции психиатра.

Достоверность результатов исследования обеспечивалась применением статистических методов. При сравнении средних величин использовался метод Стьюдента с определением вероятности различий "р". Различия считались значимыми при "р"<0,05.

Результаты исследования и обсуждение.

Распределение психически больных, совершивших общественно опасные действия, по синдромам представлено в таблице 1.

Как видно из представленных данных, ста-

тистически достоверных различий в распределении больных двух исследованных групп по синдромальным признакам не выявлено ($p > 0,05$).

Таблица 1
Синдромальный состав больных, совершивших ООД и признанных невменяемыми в 1981 и 1994 годах

Синдромы	1981 ООД, %	1994 ООД, %
Психопатоподобный с повышенной активностью	29,7	30,8
Психопатоподобный с пониженной активностью	4,3	3,9
Депрессивный (включая депрессивно-параноидный)	2,0	2,3
Маниакальный	1,1	0,8
Дисфорический	0,4	0,5
Паранойяльный	3,1	3,0
Галлюцинаторно-параноидный (включая с-м Кандинского, парафренный)	28,3	27,2
Вербальный галлюциноз	1,4	1,8
Кататоно-гебефренический	1,7	1,3
Состояния изменённого сознания (делирий, сумеречные состояния, онейроид)	0,6	0,9
Шизофренические изменения личности	10,9	9,9
Психоорганический	4,0	4,6
Деменция (различные виды приобретённого слабоумия, старческая деменция)	8,9	8,0
Олигофренический синдром	3,7	5,0

Полученные данные об относительно небольшом удельном весе больных с выраженной психотической симптоматикой (к состояниям психотического характера могут быть отнесены синдромы входящие в пункты 3-10 (38,6% в 1981 году, 37,8% - в 1994)) среди совершающих ООД противоречат сложившемуся представлению о наибольшей общественной опасности больных, находящихся в психотическом состоянии [1, 4, 9, 23, 25]. Возможно, что небольшое число душевнобольных с продуктивной симптоматикой является следствием определённой психиатрической бдительности, которая приводит к своевременной госпитализации пациентов и предотвращению возможных деликтов. Тогда указанное соотношение говорит о недостаточном внимании психиатрической службы к психически больным, находящимся вне обострения психотической симптоматики, обнаруживших выраженную склонность к ООД.

Среди психотических состояний, приводящих к совершению общественно опасных действий, на первое место могут быть поставлены галлюцинаторно-бредовые синдромы. Более 2/3

ООД, совершённых больными этой группы, приходится на лиц с указанными расстройствами. Все остальные психотические синдромы значительно реже приводят к общественно опасным действиям (10,3% в 1981 г. и 10,6% в 1994 г. от всех совершённых правонарушений). При этом на второе место после галлюцинаторно-параноидных состояний следует поставить паранойяльные синдромы.

Среди больных с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой обращает на себя внимание значительное преобладание пациентов с персекуторным содержанием бреда, а также с синдромом психического автоматизма Кандинского-Клерамбо. Для больных с паранойяльным синдромом, занимающих по полученным данным второе место по ООД (3,1% в 1981г., 3,0% в 1994г.) характерен бред ревности, преследования.

Как видно из табл.1, большую часть невменяемых составляют больные с психопатологическими синдромами непсихотического характера (61,4% в 1981г., 62,2% в 1994г.). Наибольший удельный вес в этой группе имеют психо-

патоподобные синдромы. Особого внимания заслуживают психопатоподобные состояния с повышенной поведенческой активностью (повышенной возбудимостью, несдержанностью, грубостью, нередко расторможенностью влечений). Такого рода больные нередко в течение длительного времени вели антисоциальный образ жизни. Обычно они не работали на производстве, многие злоупотребляли алкоголем или наркотическими средствами, совершали повторные правонарушения в состоянии аффекта раздражения и злости.

Ф.В.Кондратьев (1986) приводит данные о соотношении больных с различными вариантами психопатоподобной шизофрении. Если применить его классификацию к предлагаемой группировке синдромов, то состояния, которые могут быть расценены как психопатоподобные с пониженной активностью, должны составить примерно 40%. Однако полученные данные по-

зволяют говорить о значительно меньшей их опасности, поскольку они составили лишь 1/7 всех психопатоподобных состояний (4,3% в 1981г., 3,9% в 1994г.). ООД этих больных чаще оказываются случайным эпизодом, а не результатом определённой перестройки жизненного стереотипа.

Остальные синдромы непсихотического характера представлены меньшим количеством наблюдений. Однако следует отметить, что среди больных с указанными расстройствами преобладали лица, медикаментозное лечение которых заведомо не могло дать значительного эффекта в отношении предупреждения их опасного поведения.

Если вновь прибегнуть к делению всех синдромов на психотические и непсихотические, то прежде всего обращает на себя внимание различная структура общественно опасных действий в этих двух группах (табл.2).

Таблица 2

Частота различных типов синдромов при разных видах ООД, % за 1994г.

Характер ООД / Тип синдрома	Имущественные	Хулиганские действия	Против личности	Сексуальные	Нарушения паспортного режима и бродяжничество
Психотические	20,3 (22,5)	57,1 (53,1)	60,9 (57,1)	21,7 (21,8)	22,6 (23,5)
Непсихотические	79,7 (77,5)	42,9 (46,9)	39,1 (42,9)	78,3 (78,2)	77,4 (76,5)

Примечание: в скобках приводятся данные за 1981г.

Как видно из табл.2, большая часть агрессивных правонарушений против личности (60,9%) за 1994 год совершалась больными с психотическими состояниями, хотя такие пациенты, как уже отмечалось, составили меньшую часть обследованных. В этой группе имеет место также значительное количество хулиганских действий (57,1%). Иное соотношение отмечается по корыстным общественно опасным действиям (20,3%), бродяжничеству и нарушениям паспортного режима (22,6%), сексуальным деликтам (21,7%).

По сравнению с 1981 годом у больных с психотическими состояниями произошло увеличение правонарушений против личности, хулиганских действий и уменьшение - имущественных, сексуальных, нарушений паспортного режима и бродяжничества. Однако, данные изменения ста-

тистически недостоверны ($p > 0,05$).

У больных с непсихотическими состояниями несколько иная структура правонарушений. Первое место у данной группы занимают имущественные (корыстные) ООД (79,7%), второе - сексуальные деликты (78,3%), третье - нарушения паспортного режима и бродяжничество (77,4%), относительно невелика доля правонарушений против личности и хулиганских действий (39,1% и 42,9% соответственно).

По сравнению с 1981 годом у больных с непсихотическими состояниями произошло увеличение имущественных, сексуальных деликтов, а также - нарушений паспортного режима, бродяжничества и уменьшение правонарушений против личности и хулиганских действий. Однако, данные изменения статистически недостоверны ($p > 0,05$).

По отдельным синдромам внутри указанных групп эти данные распределяются с не-

которыми специфическими особенностями (табл.3).

Таблица 3

Распределение больных по синдромам и характеру ООД за 1981 год, %.

Характер ООД / Тип синдрома	Имущественные	Хулиганские действия	Против личности	Сексуальные	Нарушения паспортного режима и бродяжничество
Психотические	22.5 (20.3)	53.1 (57.1)	57.1 (60.9)	21.8 (21.7)	23.5 (22.6)
депрессивный	1.7 (1.8)	0.7 (0.5)	1.5 (1.7)	- (-)	- (-)
маниакальный	0.1 (0.1)	0.2 (0.3)	- (-)	- (-)	- (-)
дисфорический	- (-)	0.9 (0.8)	- (-)	- (-)	- (-)
паранойальный	3.2 (2.9)	6.1 (7.8)	8.3 (9.0)	3.8 (4.2)	1.3 (1.5)
галлюцинаторно-бредовый	14.2 (12.1)	36.5 (37.7)	45.1 (48.2)	10.0 (10.5)	16.0 (15.5)
вербальный	0.8 (0.9)	2.1 (2.3)	0.8 (0.9)	- (-)	4.0 (4.1)
галлюциноз	1.6 (1.7)	1.9 (2.2)	0.2 (-)	8.0 (7.0)	2.2 (1.5)
кататоно-гебефренический	0.9 (0.8)	4.7 (5.5)	1.2 (1.1)	- (-)	- (-)
помрачение сознания	77.5 (79.7)	46.9 (42.9)	42.9 (39.1)	78.2 (78.3)	76.5 (77.4)
Непсихотические					
психопатоподобный	41.0 (49.4)	22.4 (31.2)	21.8 (20.3)	50.2 (50.3)	15.2 (15.3)
с повыш. активностью					
психопатоподобный	4.7 (2.6)	2.1 (0.5)	- (-)	4.7 (4.8)	25.3 (25.2)
с пониж. активностью					
шизофренические изменения личности	9.1 (5.2)	5.5 (2.4)	5.6 (4.5)	- (-)	8.6 (8.7)
психоорганический	9.0 (4.2)	5.0 (2.0)	4.2 (3.8)	10.4 (10.3)	4.2 (4.3)
деменция	9.0 (4.6)	7.9 (4.7)	8.8 (8.6)	4.2 (4.3)	20.1 (20.4)
олигофренический	4.7 (13.7)	4.0 (2.1)	2.5 (1.9)	8.7 (8.6)	3.1 (3.2)

Примечание: в скобках приведены данные за 1994 гг.

Среди общественно опасных действий, совершённых в состоянии помрачения сознания, совсем нет бродяжничества, а также сексуальных деликтов. Наиболее характерны для этой группы различные агрессивные действия (пра-

вонарушения против личности и хулиганские действия), это объясняется остротой состояния, нарушениями ориентировки и другими психопатологическими особенностями, свойственными этим синдромам. Однако, наибольшее ко-