

больных в наличии у них неизлечимого заболевания, неотвратимой мучительной гибели, разложении внутренних органов и т.д. Аффективно-бредовые переживания у данной группы больных ограничивались исключительно пределами тела, психики, личности. Окружающий мир как бы утрачивал для них свою актуальность, становился недоступным их чувствованию и своим присутствием служил лишь мерой постигнутого их несчастья.

Атипичность депрессии при бредовом варианте течения заболевания в рамках МДП и особенно шизофрении заключалась в присоединении к “основной” симптоматике явлений навязчивости, сенестопатий, резко выраженной аблической симптоматики, несоответствии между аффектом, содержанием сознания и поведением.

Клинические проявления неврастенического вегетативно-дистонического депрессивного синдрома ограничивались психопатологическими проявлениями в основном “легкого”, невротического уровня и включали жалобы на слабость, раздражительность, головную боль, плохое настроение, апатию, неприятные ощущения в различных органах, нарушение сна, снижение аппетита и т.д. Во всех случаях глубина расстройств на превышала вышеуказанную, жалобы носили обратимый характер, в большинстве случаев имелась прямая связь с психогенией. В клиническом плане заслуживает внимания тесная связь такого состояния с суточным ритмом (улучшение самочувствия к вечеру).

При данном синдроме, характерном в основном для реактивной и невротической депрессии, доминировало не первичное чувство вины и самоосуждения с тенденцией к самоуничтожению и суицидальным актам, а чувство обиды на “жестокость, суровость и несправедливость жизни”, “неумение пережить потерю ценностей”.

Определение преморбидных конституциональных особенностей проводилось как на основании изучения данных медицинской документации в 164 случаях (67,7%), так и на основании данных меддокументации, клинического наблюдения и психопатологического обследования больных во всех остальных случаях - 78 больных (32,3%). При этом использовался либо набор тестов: ММП, метод пиктограмм, цветовой тест Люшера, метод ТАТ, опросник для исследования акцентуированных свойств личности (Schmieschek, 1970), либо отдельные из указанных тестов.

Не удалось установить тип личности в силу различных обстоятельств в 18,2% случаев (44

больных). В остальных случаях наблюдались следующие акцентуации (для простоты изложения указывается лишь основной личностный радикал): тревожно-мнительные - 21,4% случаев (52 наблюдения); циклоидные - 23,9% (58 наблюдений); гипертимные - 17,3% случаев (42 наблюдения); истероидные - 8,6% (21 наблюдение); шизоидные - 0,8% (2 наблюдения); неустойчивые - 2% (5 наблюдений); психастенические - 2% (5 наблюдений); паранойяльные - 0,8% (2 наблюдения); эпилептоидные - 0,8% (2 наблюдения), остальные - 3,7% (9 наблюдений).

В целом наши данные совпали с данными большинства авторов, изучавших преморбидные особенности больных с аффективными расстройствами (Нуллер Ю.Л., 1981; Вроно Е.М., 1983; Вовин Р.Я., 1982).

Степень выраженности взаимосвязи между преморбидными личностными особенностями и типом депрессии и ведущим симптомокомплексом оценивалась на основании вычисления ряда коэффициентов: меры средней квадратичной сопряженности  $\Phi$ , коэффициента контингенции  $C$  Пирсона, коэффициента ранговой корреляции Спирмана ( $r-s$ ), меры связанности Гудмана-Крускала - критерия  $u$  и критерия  $D$  Сомера.

Сопоставление представленных депрессивных синдромов с психопатологическими особенностями личности выявило следующее: положительная корреляция между тревожно-мнительными чертами личности и периодическим течением депрессии ( $y=0,350$ ,  $r-s=0,285$ ). Преобладающим синдромом у больных данного типа был ажитированный, тревожно-депрессивный синдром ( $y=0,270$ ,  $r-s=0,250$ ). Циркулярный тип депрессии достоверно чаще встречался у гипертимно-циклоидных личностей ( $y=0,365$ ,  $r-s=0,340$ ). Установлена корреляция данного типа акцентуации с тревожной и тоскливой депрессией.

Истероидные черты коррелировали с реактивной и невротической депрессией ( $y=0,220$ ,  $r-s=0,185$ ). Преобладающими синдромами при данном типе акцентуации были неврастенический вегетативно-дистонический и тревожно-депрессивный синдромы.

Шизоидные и паранойяльные особенности личности у больных депрессиями в активном периоде заболевания трансформировались в параноидно-депрессивный синдром ( $y=0,260$ ,  $r-s=0,245$ ). Достоверная связь данной акцентуации с нозологической принадлежностью депрессии не выявлена.

Преморбидно разнополюсные акцентуанты - эпилептоидные и психастенические, тяготели к

фобическим и ананкастически-депрессивным типам реакций.

Невыраженная положительная корреляция установлена между гипертимными особенностями личности и ипохондрическим депрессивным синдромом ( $y=0,220$ ,  $r-s=0,205$ ).

Во всех остальных случаях корреляция отсутствовала. Обратил на себя внимание факт диссоциации депрессивной триады у больных с выраженными гипертимными чертами личности в преморбиде. При выраженных, клинически достоверных нарушениях аффекта угнетение моторики и интеллектуальной деятельности носило либо субъективный характер, либо было выражено незначительно. Наслоения других

личностных радикалов, как правило, не наблюдалось. Все больные были среднего возраста. Период заболевания во всех случаях был начальным. Степень выраженности депрессивных проявлений во всех случаях соответствовала циклотимическому уровню. Преобладающим был ажитированный тревожно-депрессивный синдром. Такого рода диссоциация встретилась нам у 4 больных.

Предлагаемые данные являются одним из аспектов для индивидуального прогнозирования особенностей проявления аффективного расстройства, а также составления лечебно-реабилитационных программ в каждом конкретном случае.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вертоградова О.П., Волошин В.М. Анализ структуры депрессивной триады как диагностического и прогностического признака. - Журн. невропатол. и психиатр. - 1983. - вып.8. - С. 1189-1194.
2. Вовин Р.Я., Аксенова И.О. Затяжные депрессивные состояния. - Л. - 1982.
3. Войцех В.Ф. К вопросу о соотношении терапевтической тактики и структуры депрессий. В кн.: Психопатологические и патогенетические аспекты прогноза и терапии депрессий. - М. - 1985. - С. 17-21.
4. Гихман И.И., Скороход А.В., Ядренко М.И. Теория вероятностей и математическая статистика. - Киев. - 1979.
5. Гуревич З.П., Исаков М.П., Харичев В.В. Об отдаленном прогнозе течения маниакально-депрессивного психоза. - Журн. невропатол. и психиатр. - 1985. - вып.4. - С. 550-556.
6. Краснов В.Н. Дифференциально-диагностическое и прогностическое значение деперсонализации в структуре депрессии // Депрессия (психопатология, патогенез). - М. - Медицина - 1980. - С. 33-40.
7. Кутько И.И., Стефановский В.А., Букреев В.И., Шестопалова Л.Ф. Депрессивные расстройства. - К.: Здоров'я. - 1992. - 151с.
8. Лесохина Л.М. О периодических психозах - Вопросы психиатрии и невропатологии. - Вып.2. - Л. - 1957. - С. 51-78.
9. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. - Л. - Медицина. - 1988. - 264с.
10. Angst J., Dobler-Mikola A., // J. psychiat. Res. - 1984. - Vol.18. - № 4. - P. 401-406.
11. Bech P., Sharipo R.W., Sihm F. et al. Personality in unipolar and bipolar manic melancholic patients. - Ibid. - 1980. - 62. - № 3. - p. 245-257.
12. Charney D.S., Nelson I.C., Quinian D.M. Personality traits and disorder in depression. - Amer. Y. Psychiat. - 1981. - 138. № 12. - p. 1801-1604.
13. Haenel T., Kilholz P. Masked depression and the suicidal tendency. - Hexagon-Roche. - 1982. - 10. М 5. - p. 2-7.
14. Neingartner H., Cohen R.M., Murhy D.L. Cognitive processes in depression. - Arch. gen. Psychiat. - 1981. - 38. - № 1. - p. 42-47.
15. Sedman G. Theories of depersonalization: A re-appraisal. - Brit. J. Psychiat. - 1970. - vol.117. - p. 1-14.

*В.Д. Мишійев*

## ДО ВЗАМОЗВ'ЯЗКУ КІНЧНИХ ПРОЯВЛЕНЬ ДЕПРЕСІЙ З ПРЕМОРБІДНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ОСОБИСТОСТІ

Київське міське спеціалізоване психоневрологічне медичне об'єднання

Досліджено 242 хворих із різними депресивними становищами, які лікувалися у Київському міському психіатричному диспансері протягом останніх 3 років. Головну групу склали хворі на ендогенну депресію, однак із обстеження були виключені хворі на депресію шизофренічну, органічну та пізнього віку.

Надається повна характеристика депресій, стислий опис кожної синдромологічної групи. Надається порівняння з літературними фактами. Проведено вивчення преморбідних конституціональних особливостей на основі даних меддокументації, клініки і патопсихологічних досліджень. Проводиться порівняння депресивних проявів з особливістю характеру. Математична обробка даних дозволила виявити взаємозв'язок між окремими депресивними симптомокомплексами та преморбідними особистими проявами. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1997. - № 1 (3). - С. 78-81).

*V.D. Mishiyev*

## ABOUT THE CORRELATIONS BETWEEN THE CLINICAL MANIFESTATIONS OF DEPRESSION AND PREMORBID PECULIARITIES OF PERSONALITY

Kiev City Specialised Medical Psychoneurgical association.

242 patient with different depressive states treated in Kiev city psychiatric dispensary during last 3 years has been examined. The main group was formed of cases of endogenous depression, but schizophrenic, organic and late age's depressions were excluded.

Full characteristic of depression's manifestations was given. Short clinical description of each typological group has been made. The comparison with literature statistic's data has been made. The study of premorbid constitutional peculiarities on the basis of medical documents, clinical manifestations and pathopsychological data has been carried out. Mathematic processing positive connections between certain kinds of depression and personality's characteristics has been found. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1997. - № 1 (3). - P. 78-81).

Поступила в редакцію 28.03.97

## ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ОБРАТИМЫМИ МОЗГОВЫМИ ДИСГЕМИЯМИ

Психоневрологический Центр, Государственная медицинская академия, г.Днепропетровск

Ключевые слова: ипохондрия, острые дисгемии, личностные особенности.

Наличие облигатных признаков ипохондрии у больных цереброваскулярной патологией как подтверждается многими авторами, так и оспаривается [1, 8, 9]. Сложность данной проблемы обусловлена наличием патоморфологического субстрата в головном мозгу [3, 5, 10].

Клинические проявления и динамика психических расстройств у больных с цереброваскулярными заболеваниями имеет ряд существенных особенностей, которые связаны как с характером динамики мозговых дисгемий [2, 6], так и с типом личностного реагирования на возникшую патологию [4]. Помимо патофизиологических нарушений, в генезе психических расстройств у таких больных играет роль психогенная патологическая фиксация периода транзи-

торных дисгемий, являющаяся вероятным источником ипохондрического синдромаобразования [1, 7].

С целью изучения характера, частоты и динамики ипохондрических нарушений обследовано 327 пациентов с обратимыми нарушениями мозгового кровообращения, находившихся на лечении в стационарах г.Днепропетровска в 1990-1996 годах. У 112 больных (34,4%), составивших основную группу исследования, диагностирована небредовая ипохондрия. Транзиторные ишемические атаки наблюдались у 67 больных, гипертонический криз - у 45 больных.

В таблице № 1 представлена возрастная-половая структура больных (а/к - абсолютное количество).

Таблица № 1

Возрастно-половая структура больных (n-112)

Возраст	Всего		Женщины		Мужчины	
	а/к	%	а/к	%	а/к	%
До 20 лет	3	2,7	2	1,8	1	0,9
20-29	5	4,5	3	2,7	2	1,8
30-39	22	19,6	14	12,5	8	7,1
40-49	55	49,1	34	30,1	21	19,0
50-59	20	17,8	12	10,7	8	7,1
60-69	6	5,4	4	3,6	2	1,8
70 и ст.	1	0,9	0	0,0	1	0,9
Итого	112	100	69	61,4	43	38,6

Длительность клинических проявлений патологии сонных и позвоночных артерий до периода острых дисгемий составила у 30 больных  $12,5 \pm 10,1$  года, а у 22 больных обнаружена впервые. Давность гипертонической болезни у 60 больных составила  $14,3 \pm 7,2$  года.

Среди причин, вызвавших динамические нарушения мозгового кровообращения, у 52 паци-

ентов были атеросклеротические бляшки, патологическая извитость, петлеобразование, сдавление позвоночных артерий остеофитами, гипертоническая болезнь - у 49, их сочетания - у 13 больных.

У всех больных цереброваскулярная патология верифицирована ангиографическим исследованием, транскраниальной доплероскопией,

данными динамического неврологического и терапевтического обследований.

Исследования психического статуса проводились на 20-25-й, 80-90-й, 180-200-й дни, после дебюта острых дисгемий. Катамнез больных прослеживался в течение одного года.

Выраженность психопатологической симптоматики изучалась при помощи специально разработанных стандартизированных шкал оценки психопатологических синдромов. Регистрация синдромов оценивалась по 3-х бальной системе, где 3 балла означали максимальную выраженность психопатологического синдрома, а 0 баллов - его отсутствие.

В группу исследования не включались больные с признаками глубокой депрессии, психоорганического синдрома, деменции и других психотических состояний.

Исследованию подвергались отдельные компоненты ипохондрии, их интенсивность, содержательная сторона, направленность и проекция ипохондрических опасений, соотношения ипохондрии с симптомами депрессии, тревоги, уровнем расстройств мышления.

В результате проведенного психопатологического исследования установлено наличие психических расстройств у всех больных на этапе острых нарушений мозговой гемодинамики. Больные отмечали чувство удушья, сердцебиение, потливость, приливы жара и озноба, страх смерти, дрожь в теле, внутреннее напряжение; объективно наблюдалось психомоторное возбуждение. После стабилизации показателей моз-

говой гемодинамики (через 8-24 часа) в дальнейшем у больных формировались фиксированные ипохондрические реакции, астено-ипохондрические, истеро-ипохондрические, обсессивно-фобические, сенесто-ипохондрические состояния, ипохондрическая депрессия и ипохондрическое развитие личности. В зависимости от длительности и устойчивости ипохондрических идей больные были разделены на три группы.

В первую группу вошли 23 больных, у которых ипохондрические расстройства носили нестойкий и непродолжительный характер и продолжались до  $28 \pm 15,5$  дней.

У 57 пациентов 2-й группы ипохондрические переживания носили более стойкий характер и продолжались  $85 \pm 21,6$  дней.

Ипохондрические расстройства у 32 больных 3 группы были стойкими и продолжались свыше 1 года.

Характер ипохондрических нарушений изучался на фоне церебральной гемодинамики путем параллельной их оценки. Анализ динамики ипохондрических компонентов показал, что в ближайшие  $15 \pm 8$  дней после стабилизации показателей гемодинамики у 28% больных группы исследования преобладали фиксированные ипохондрические реакции. Стойкие ипохондрические состояния развились у 72% больных.

В таблице № 2 представлена феноменологическая структура ипохондрических состояний у больных с цереброваскулярной патологией.

Таблица № 2.

Феноменологическая структура ипохондрических состояний у больных с цереброваскулярной патологией (n-112)

Психопатологические состояния	1 гр. n-23		2 гр. n-57		3 гр. n-32	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Ипохондрические реакции	6	6				
Астено-ипохондрический с-м	3	5				
Ипохондрическая депрессия					2	4
Истерическая ипохондрия	1	2	4	8		
Ипохондрический обсессивно-фобический с-м			10	14		
Сенестопатическая ипохондрия			8	13		
Ипохондрическое развитие					9	17