

УДК 616.895.4

Ю. Т. КОСТЯНЯН, С. А. ДАВТЯН

НЕКОТОРЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ
ИНВОЛЮЦИОННОЙ МЕЛАНХОЛИИ

(клинико-катамнестическое исследование)

Проведено исследование возрастных особенностей клиники инволюционной меланхолии.

Наблюдения показали, что у больных с ранним вариантом преобладают сравнительно благоприятные, моноприступные формы. Случаи, манифестирующие в более позднем возрасте (средние и поздние варианты), имеют, как правило, более неблагоприятное и затяжное течение с тенденцией к «застыванию» психопатологической картины и своеобразными личностными изменениями.

В 1896 г. Крепелин [7] впервые описал инволюционную меланхолию как самостоятельное заболевание. Однако многие исследователи были против выделения инволюционной меланхолии в самостоятельное заболевание, растворяя подобные случаи в МДП, реактивной депрессии и других формах [6 и др.]. За самостоятельность инволюционной меланхолии из старых авторов были С. А. Суханов [5], Ф. Е. Рыбаков [4]. Некоторые авторы сужают границы инволюционных психозов [1], другие, наоборот, чрезмерно расширяют их [3]. Ряд исследователей рассматривают инволюционные психозы как сборную группу заболеваний, видоизмененных возрастом [2, 8, 9]. Если до недавнего времени считалось, что инволюционные психозы могут наблюдаться только в инволюционном периоде, то в последнее время описываются так называемые поздние варианты, которые могут начинаться даже на седьмом десятке и выше.

В настоящей работе мы ставили перед собой задачу изучить некоторые возрастные особенности течения инволюционной меланхолии. Было исследовано 85 больных (70 женщин и 15 мужчин) с диагнозом инволюционная меланхолия, лечившихся в Ереванской психиатрической больнице в 1964—1973 гг. Исследование больных продолжалось в условиях диспансера, а также в больницах для хроников (Севан, Гегам-аван). 18 больных наблюдались от 2 до 5 лет, 27—от 5 до 10 и 40 больных—10 лет и выше. К моменту начала психического заболевания незамужних было 19 женщин (10 вдов, 7 разведенных, 2 старые девы). Среди мужчин были 1 разведенный и 3 вдовца. Началу заболевания в большинстве случаев предшествовали экзогенные вредности (80), у 76 больных—психогении, у 66—соматогении. У 62 больных имело место сочетание психогенного фактора с соматогенным. У 15 больных в анамне-

же отмечались острые психические травмы, у 16—длительные конфликты семейного характера, у 10—конфликты служебного характера, у 12—бытовые конфликты, у 8—ятрогения, у 10—случайные психогенные эпизоды и у 11 больных—факторы социально-биологической изоляции (одиночество, снижение слуха и зрения). Во многих случаях имело место сочетание различных психотравмирующих воздействий. Тщательное анамнестическое исследование показало, что у 38 женщин имело место патологическое течение климактерия. Изучая преморбид, мы обнаружили преобладание тех больных, у которых отмечались черты неуверенности, мнительности, ипохондричности (32). Несколько отстают от них больные с чертами, свидетельствующими о ригидности психики (29). Всех больных мы разделили на 3 группы: ранний (климактерический) вариант с началом психоза в возрасте 42—54 г., средний (предстарческий)—в возрасте 55—64 г. и поздний (сенильный) вариант—в возрасте 65 лет и выше.

Ранний (климактерический) вариант. Наблюдался 41 больной с этим вариантом. Все больные женщины. У 19 больных на фоне чаще всего патологического течения климактерия возникало невротическое состояние. Больные лечились амбулаторно или стационарно с диагнозами: климактерический невроз, инволюционная истерия, климактерическая неврастения и др. Продолжительность неврозоподобной (препсихотической) стадии варьировала в широких пределах—примерно от 1 г. до 6 лет. Уловить время перехода препсихотической стадии в собственно психотическую довольно трудно. У большинства больных (28) заболевание начиналось остро. Инициальный период не превышал 10—15 дней. У оставшихся 13 больных психоз имел медленное, постепенное начало, часто в виде атипически протекающей депрессии. У 25 больных вся клиническая картина острого психотического состояния вмещалась в рамки тревожно-депрессивного синдрома без выраженного бредаобразования. У больных на высоте приступа отмечаются выраженные аффекты тревоги, страха, ажитация, речевое беспокойство, тревожная вербигерация. Бредовые идеи самообвинения, осуждения, как правило, нестойкие, фрагментарные. Правильнее в этих случаях говорить не о бредовых, а о бредоподобных идеях. В этих случаях заболевание имеет благоприятное, моноприступное течение. У 16 больных наступило практическое выздоровление, у 9—значительное улучшение с своеобразным астено-депрессивным состоянием. Дальнейшее усложнение депрессивного синдрома мы имеем только у 9 больных с ранним вариантом. В этих случаях на высоте приступа у больных наряду с аффективными явлениями имеют место бредовые идеи как депрессивного характера (самообвинение, самоуничтожение), так и параноидного регистра. В этих случаях можно говорить о наличии депрессивно-бредового, тревожно-бредового, «сложного» депрессивного синдрома. У 7 больных с ранним вариантом инволюционной меланхолии ипохондрическая симптоматика занимала ведущее место в психопатологической картине. В этих случаях можно говорить о наличии депрессивно-ипохондрического синдрома.

Как правило, случаи с ведущим ипохондрическим симптомокомплексом имеют более продолжительное течение и более резистентны по отношению к нейролептическим средствам. Галлюцинации наблюдаются редко и чаще имеют эпизодический характер. Таким образом, наши наблюдения показывают, что случаи с ранним вариантом инволюционной меланхолии имеют сравнительно благоприятное течение. По-видимому, тут играет роль связь по времени начала психоза с климактерическими нарушениями и менопаузой.

Средний (предстарческий) вариант наблюдался у 29 больных (21 женщина и 8 мужчин). По сравнению с ранним вариантом у больных данной группы можно отметить заметное учащение бредовых форм. Так, из 29 больных только у 7 психопатологическая картина ограничивалась тревожно-депрессивным синдромом без выраженного бредообразования. У 19 больных отмечался сложный, «большой» депрессивный синдром. У большинства больных (18) психоз имел острое начало. У 15 больных на высоте приступа развился синдром Котара, который у 11 отличался стойкостью, плохо поддавался лечению. Ипохондрически-нигилистический вариант мы наблюдали у 9 больных, меланхолический — у 6. О практическом выздоровлении можно было говорить только у 2 больных. У 12 наблюдался ремитирующий характер течения заболевания. Ремиссия, как правило, была неглубокой, т. к. у больных сохранялась известная тревожность, бредовая настроенность. У 8 больных клиническая картина повторного приступа в основном повторяла таковую при первом приступе, хотя и в ряде случаев аффективные расстройства становились более выраженными. У 4 больных с ремитирующим течением при повторном приступе отмечалось усложнение депрессивного синдрома за счет появления бредовых идей параноидного характера. У 10 больных с течением времени психопатологическая картина как-бы «застывала» с очень медленной редукцией отдельных психопатологических симптомов. У 26 из 29 больных наступали стойкие личностные изменения с обеднением интересов, угрюмостью, иногда злобностью.

Поздний (сенильный) вариант наблюдался у 15 больных (8 женщин и 7 мужчин). У всех 15 больных имели место выраженные бредовые идеи. У 9 больных на высоте психотического приступа развивался сложный синдром Котара. У 3 больных синдром Котара не развивался, и на высоте приступа отмечался выраженный депрессивно-параноидный синдром. Ни у кого из больных не отмечалось ремиссии в полном смысле слова. Под влиянием лечения нейролептическими средствами отмечалось лишь некоторое снижение аффективных расстройств (тревога, страх, депрессия). Больные становились заторможенными, негативистическими, вербигерация приобретала однообразный, монотонный характер. Бредовые идеи оказывались более стойкими, хотя и высказывались с меньшей аффективной насыщенностью. Таким образом, изучение большой группы больных инволюционной меланхолией (85) указывает на то, что с возрастом заболевание приобретает более неблагоприятное течение с преобладанием депрессивно-бредовых форм с тенденцией к «застыванию», стабилизации психопатологической картины.

Выводы

1. Тщательное анамнестическое исследование показало, что в провокации психоза у подавляющего большинства больных экзогенные факторы (соматогении и психогении) сыграли важную роль.

2. Случаи с ранним (климактерическим) вариантом инволюционной меланхолии имеют сравнительно благоприятное течение. Психопатологическая картина в этих случаях укладывается в рамки тревожно-депрессивного синдрома без выраженного бредаобразования.

3. В случаях с средним (пресенильным) и поздним (сенильным) вариантами заболевание имеет менее благоприятное течение с заметным учащением бредовых форм. У таких больных характерны своеобразные личностные изменения и тенденция к «застыванию» психопатологической картины.

Республиканская психиатрическая
клиническая больница, кафедра
психиатрии Ер. ГИДУВа

Поступила 11/XI 1973 г.

Յու. Տ. ԿՈՍՏԱՆՅԱՆ, Ս. Ա. ԴԱՎԹՅԱՆ

**ԻՆՎՈԼՈՒՅԻՈՆ ՄԵԼԱՆԽՈԼԻԱՅԻ ՏԱՐԻՔԱՅԻՆ ՈՐՈՇԱԿԻ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

(Կլինիկո-կատամնեստիկ հետազոտություն)

Ա. մ. փ. ո. փ. ո. ի. մ.

Կատամնեստիկ ուսումնասիրված է 85 հիվանդ (70 կին, 15 տղամարդ), որոնք տառապում են ինվոլուցիոն մելանխոլիայով: 80 հիվանդի մոտ պսիխոզին նախորդել են արտաքին վնասակար գործոնները (76-ը ունեցել են պսիխոզեն մոմենտներ, իսկ 66-ը՝ սոմատոզեն):

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ վաղ վարիանտներն ունեն բարձրար ընթացք, որոնց մեծ մասի կլինիկական պատկերը տահմանափակվել է տագնապային-դեպրեսիվ սինդրոմով: Հիվանդությունը մեծ մասամբ ավարտվել է պրակտիկ առողջացումով կամ նկատելի բավացումով, որն ուղեկցվել է աստենո-դեպրեսիվ վիճակով:

Միջին (նախածերունական) և ուշ (ծերունական) վարիանտներով հիվանդների հետազոտումը ապացուցել է զառանցական ձևերի գերակշռությունը:

Հաճախ հիվանդների մոտ սուր շրջանում զարգացել է Կոտարի սինդրոմի նիհիլիստիկ կամ մելանխոլիկ վարիանտը: Մեծ մասամբ հիվանդությունն ընթացել է ընդմիջվող ձևով և ունեցել է ոչ խորը ռեմիսիա: Որոշ դեպքերում պսիխոպատոլոգիկ պատկերը ունեցել է «սառած» դեպրեսիայի բնույթ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. *Авербух Е. С.* Депрессивные состояния. Л., 1962.
2. *Домбровский С.* Дисс. канд. М., 1957.
3. *Пархон-Стефанеску К. Ж.* невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1959, 11, стр. 1281.
4. *Рыбаков Ф. Е.* Душевные болезни. М., 1917.
5. *Суханов С. А.* Душевные болезни. СПб, 1914.
6. *Dreufus G.* Die Melancholie, Jena, 1907.
7. *Kraepelin E.* Psychiatrie. Leipzig, 1910.
8. *Myslivec Z.* Specialni psychiatrie, Praha, 1959.
9. *Swierczek S.* Ceskosl. Psychiat., 1963, 59, 4, 248.