

УДК 616.89—07

В. Р. АКОПЯН

К ВОПРОСУ ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ ИЗУЧЕНИИ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ 20—49 ЛЕТ

Проведен сравнительный анализ основных клинических форм пограничных состояний в возрастной группе 20—49 лет. Приводятся данные, касающиеся синдромологической структуры различных нозологий в изучаемой популяции населения, свидетельствующие о преобладании истерического невроза, психопатии возбудимого круга и реактивной депрессии в рамках соответствующих клинических форм пограничных состояний рассматриваемой возрастной группы.

Анализируются частота возникновения различных форм пограничных состояний, а также вопросы прогноза в зависимости от половозрастной характеристики контингента больных.

Возникновение в 60-х годах нового научного направления—«эпидемиологии неинфекционных заболеваний», в том числе психических, обусловлено актуальностью проблемы изучения уровня заболеваемости населения, роли факторов, влияющих на возникновение и течение психических заболеваний. Эти вопросы приобретают особое значение при исследовании пограничных состояний.

Эпидемиологические исследования пограничных состояний представлены в ряде работ отечественных и зарубежных авторов [1—5, 7, 10—12].

Данные, получаемые в процессе эпидемиологического исследования, отличаются значительной изменчивостью, обусловленной возрастающими темпами научно-технического прогресса, увеличением потока информации, и зависят от ряда социальных, культурных и демографических показателей, характеризующих данный период времени и данную страну.

Учитывая практическую важность эпидемиологического изучения пограничных состояний в деле организации специализированной психиатрической помощи больным с этими формами заболеваний, мы провели в данной работе сравнительный анализ основных клинических форм пограничных заболеваний в возрастной группе 20—49 лет*.

Разработка эпидемиологии пограничных состояний в возрастном аспекте создает предпосылки не только для рационального планирования психиатрической помощи больным с пограничными состояниями, но и для возможно ранней диагностики этих форм патологии, своевре-

* Согласно рекомендации ВОЗ (1967 г.) исследованный контингент больных разбит на возрастные группы: 20—29, 30—39, 40—49 лет.

менной профилактики и вскрытия закономерностей, обуславливающих возникновение и тенденции развития пограничных состояний.

Сравнительное изучение отдельных форм неврозов, психопатий и реактивных психозов в структуре общей пограничной патологии свидетельствует о явном преобладании показателя больных неврозами, за которыми следуют психопатии и реактивные психозы.

Полученные нами данные о синдромологической структуре неврозов и частоте возникновения их отдельных клинических форм среди изучаемой популяции населения свидетельствуют о наибольшей распространенности истерического невроза, который составляет 49,3% всех невротических синдромов; следующими по частоте являются невроз навязчивых состояний, затем ипохондрический и депрессивный неврозы.

Наибольшая частота истерического невроза на нашем материале обусловлена, вероятнее всего, именно возрастным фактором (20—49 лет), т. е. тем периодом жизни, когда происходит окончательное формирование личностной структуры и различные патологические воздействия могут в большей степени способствовать формированию личности по истерическому типу. При изучении зависимости частоты возникновения различных клинических форм психопатии от возрастных характеристик населения обращает на себя внимание трудность синдромологической диагностики психопатии в возрасте 20—29 лет в силу незаконченности структурирования форм психопатии, чем и объясняется большая частота неуточненных ее форм.

В общей структуре психопатий наиболее часто встречающейся клинической формой являются психопатии возбудимого круга (46,9% всех клинических форм психопатий). Анализ наиболее «благоприятных» возрастных интервалов проявления психопатий показал, что самый высокий показатель заболеваемости характерен для возбудимых и астенических форм психопатий в возрасте 20—29 лет, после чего отмечается сглаживание психопатических черт характера. Объяснить это, как отмечает Г. В. Морозов [9], только социальными причинами нельзя. Несомненно, здесь играет большую роль возрастнo-биологический фактор. При изучении отдельных клинических форм реактивных психозов наибольший экстенсивный показатель отмечался среди больных депрессивной формой реактивного психоза (45,6% всех форм реактивных психозов), что соответствует имеющимся на сегодняшний день литературным данным.

Большая распространенность депрессивного психоза, как и вообще депрессий в целом, объясняется тем, что «эмоции страха и депрессия составляют древнейшие формы переживаний, сопутствующие человеку из глубин веков на всем протяжении человеческой истории в его постоянной борьбе за свое биологическое и общественно-моральное существование» [6].

Анализ частоты возникновения различных форм психозов в зависимости от возрастных характеристик населения свидетельствует о том,

что депрессивная форма реактивного психоза учащается с увеличением возраста.

Изученный нами возраст 20—49 лет является возрастом активного участия человека в развитии производительных сил общества. В то же время, как показали результаты нашего исследования, именно за счет этого возраста происходит основной прирост контингента больных пограничными состояниями.

Так, например, если до 25—30 лет еще возможны существенные изменения в сторону большей психической устойчивости у лиц с психопатическими чертами, то на этот же возраст приходится и большая частота как первичных, так и повторных реактивных состояний. Следует отметить, что прогноз пограничных заболеваний ухудшается с увеличением возраста: чем старше возраст, тем длительнее течение пограничных форм психических заболеваний.

Норкская психиатрическая больница

Поступила 19/V 1978 г.

Վ. Ռ. ՀԱՅՈՐՅԱՆ

20—49 ՏԱՐԻՔԱՅԻՆ ԽՄԻԻ ՍԱՀՄԱՆԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ԷՊԻԴԵՄԻՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋԸ

Սահմանային վիճակների կլինիկոսինդրոմոլոգիական առանձնահատկությունների էպիդեմիոլոգիական ուսումնասիրությունները ցույց տվեցին, որ 20—49 տարիք ունեցող անձանց մոտ ավելի հաճախ են հանդիպում ներողներ, փսիխոպատիաներ և ռեակտիվ փսիխոզներ՝ քան մնացած տարիքային խմբերում: Սահմանային վիճակների ընդհանուր խմբում նկատվում է ներողների ցուցանիշի ակնառու գերակշռում: Դրանց հետևում են փսիխոպատիաները, ապա՝ ռեակտիվ փսիխոզները: Ուսումնասիրվող տարիքային խմբում առանձին կլինիկական ձևերի շրջանակների մեջ սինդրոմոլոգիական կառուցվածքի հետազոտումը ցույց տվեց, որ հիստերիկ ներողները գերակշռում են ներողների խմբում, զբաղվող շրջանի փսիխոպատիաները, փսիխոպատիաները և ռեակտիվ դեպրեսիաները՝ ռեակտիվ փսիխոզների խմբերում: Ըստ երևույթին, դա բացատրվում է ինչպես տարիքային առանձնահատկություններով (անձի վերջնական ձևավորման շրջան), այնպես էլ սոցիոբիոլոգիական գործոններով: Պետք է նշել, որ փսիխոպատիաների սինդրոմոլոգիական ախտորոշումը դժվարանում է 20—29 տարիքում, քանի որ փսիխոպատիայի կլինիկական կառուցվածքը դեռ լրիվ ձևավորված չի լինում, բացի այդ, մինչև 25—30 տարեկան հասակը օրգանիզմը հնարավորություն ունի վերականգնելու, կարգավորելու հոգեկան հավասարակշռությունը: Մյուս կողմից, հատկապես այդ տարիներին են բաժին ընկնում, ինչպես առաջնակի, այնպես էլ կրկնվող, ռեակտիվ վիճակներն ու փսիխոզները: Ուսումնասիրության արդյունքների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ սահմանային վիճակների կանխորոշումը, տեղումնային իմաստով, վատանում է տարիքին ուղիղ համեմատական ձևով, որն իր վառ արտահայտությունն է գտնում ներողով և ռեակտիվ փսիխոզներով տառապողների մոտ, մինչդեռ փսիխոպատիաները 20—29 տարեկանից հետո տալիս են բնավորության հիմնական գծերի հարթեցում, շտկում, հիմնադրությունը կարծես շտկվում է:

ON THE PROBLEM OF EPIDEMIOLOGIC STUDY OF FRONTIER STATES IN PERSONS AGED FROM 20 TO 49

The author gives a comparative analysis of main clinical forms of frontier states in persons aged 20—49. The data obtained testify to prevalence of hysteric neurosis, psychopathy of excitable circle and reactive depression within the limits of corresponding clinical forms of frontier states in the given age-group. The author analyses the frequency of the emergence of different forms of frontier states and the problems of prognosis, depending on the sexual and age characteristics of patients.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агамарзаде А. З. Канд. дисс. М., 1976.
2. Граженский А. В. В сб.: Практика судебно-психиатрической экспертизы. М., 1974.
3. Десятников В. Ф. Ж. невр. и псих. им. Корсакова, т. 74, 11, 1685—1688.
4. Жариков Н. М. Ж. невр. и псих. им. Корсакова, 1965, т. 65, 4, стр. 617.
5. Зеневич Г. В., Панфилова З. И., Удальцова М. С. Труды Научно-исследовательского института психиатрии Минздрава РСФСР, т. 36. М., 1962, стр. 13.
6. Зурабашвили А. Д. В кн.: Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. М., 1970, стр. 91.
7. Канарейкин К. Ф., Яшиш М. И., Воробьев Н. П. Военно-мед. журнал, 1963, 4, стр. 34.
8. Мясницев В. Н., Карвасарский Б. Д. Ж. невр. и псих. им. Корсакова, 1967, 6, стр. 897.
9. Морозов Г. В. V Всесоюзный съезд невр. и псих. М., 1969, 3, стр. 175.
10. Чибисов Ю. К. Стандартизованные психопатологические синдромы для унифицированной клинической оценки состояния больных реактивными психозами. Методическое письмо. М., 1972.
11. Appel J. W. Amer. J. Psychiat., 1946, 102, 4, 433.
12. Horwat I. Psychopatie. Praha, 1968, 254.
13. Lin Tsung-yl, Standley C. C. The scope of epidemiology in psychiatry, WHO, Geneva, 1962 (Publ. Health Pap. № 16).