Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ**

**СОЦІАЛЬНОЇ І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ**

**ПРИШЛЯК ВОЛОДИМИР ІВАНОВИЧ**

**УДК 616.895.4-036.11**

**КЛІНІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ХРОНІЧНИХ ДЕПРЕСІЙ**

14.01.16 – психіатрія

**АВТОРЕФЕРАТ**

**дисертації на здобуття наукового ступеня**

**кандидата медичних наук**

**Київ - 2009**

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького МОЗ України.

|  |  |
| --- | --- |
| **Науковий керівник:****Офіційні опоненти:** | доктор медичних наук, професор **Фільц Олександр Орестович**, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, факультет післядипломної освіти, кафедра психіатрії та психотерапії, завідувач кафедридоктор медичних наук, професор **Пішель Віталій Ярославович**, Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, відділ медико-соціальних проблем терапії психічних розладів, завідувач відділудоктор медичних наук **Бачеріков Андрій Миколайович**, Державна установа "Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України", відділ невідкладної психіатрії і наркології, завідувач відділу |

Захист відбудеться 25 червня 2009 р. о 10 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.620.01 в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за адресою: 040800, м. Київ, вул. Фрунзе, 103.

З дисертацією можна ознайомитися у науковій бібліотеці Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за адресою: 040800, м. Київ, вул. Фрунзе, 103.

Автореферат розісланий 22 травня 2009 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,

доктор медичних наук Н.О. Дзеружинська

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Вивчення клініки хронічних депресивних станів визнається сьогодні одним із найважливіших напрямків психіатричних досліджень. Це пов’язано передусім із реальною поширеністю депресії у загальній популяції. За різними даними, на депресії страждає від 3 до 6 % від усього населення (В.Ф. Войцех, 1985; П. Пишо, 1990; С.Н. Мосолов, 1995;
Б.Д. Петраков, Б.Д. Цыганков, 1996). Від 18 до 25 % жінок і 7 – 12 % чоловіків хоча б один раз за життя перенесли чіткий депресивний епізод; 6 % жінок і 3 % чоловіків при цьому лікувались стаціонарно (Depression Guideline Panel, 1993). Згідно з прогнозом ВООЗ до 2020 року депресія буде посідати друге місце після ішемічної хвороби серця серед причин інвалідності (В. Краснов, 2000;
А.Б. Смулевич, 2003). Спостерігається тенденція зростання частоти депресій серед населення. Так, в Україні за період з 1973 по 2000 роки кількість зареєстрованих депресивних розладів збільшилась з 2,27 % до 3,8 % від загальної популяції (В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка, 2003).

Особливе місце серед депресивних станів посідають хронічні депресії. Якщо типовою середньою тривалістю депресивної фази вважається 4-9 місяців (P. Kielholz, 1957; J. Angst, 1986; D.J. Kupfer, 1992) або 6-12 місяців (Р.Я. Вовин, И.О. Аксенова, 1982; С.Н. Мосолов, 1995), то безремісійна наявність депресивної симптоматики протягом 1 – 2 років свідчить про затяжний, а 2 і більше років – про хронічний перебіг депресії (В.С. Подкоритов, Ю.Ю. Чайка, 2003;
А.Б. Смулевич, 2003; H. Akiskal, 1985). З виникненням і розвитком психофармакотерапії кількість хронічних депресій не лише не зменшилась, а навпаки – зросла впродовж ХХ століття від 5 до 15 – 35 % всіх випадків депресивних розладів (S. Levine, 1986; H. Helmchen, 1991; H. Akiskal, 1994;
J. Angst, 1996; G.E. Simon, 2000). Тому схильність до хроніфікації розглядається як одна із найсуттєвіших ознак сучасного патоморфозу депресій, пов’язаного з психофармакотерапією (Т.Б. Дмитриева, Н.К. Харитонова, 1986; Г.Я. Авруцкий та ін., 1991; О.К. Напреєнко, В.О. Процик, 2004; R. Guscott, P. Grof, 1991;
H. Helmchen, 1991). Хронічні депресії характеризуються також резистентністю до лікування і посідають перше місце за тривалістю зниження працездатності серед психічних розладів (В.Н. Краснов, 2000). При такій ситуації ці стани потребують значних витрат на лікування, реабілітацію, вимагають розробки спеціальних терапевтичних підходів (С.Н. Мосолов, 1995; А.Б. Смулевич, 2003; H.S. Akiskal, 1985; M.R. Liebowitz et al., 1988; D.N. Klein, 1993; M.B. Keller et al., 2000).

Враховуючи сучасні тенденції перегляду клінічних проявів у психіатрії (H.S. Akiskal, 1994; M.B. Keller et al., 1995; T.A. Widiger, L.A. Clark, 2000), принципової важливості знову набувають описові дослідження, зокрема і хронічних депресій, з метою пошуку ранніх критеріїв діагностики і предикторів хроніфікації.

Сказане визначає пріоритетну актуальність дослідження хронічних депресій у зазначених аспектах, особливо з урахуванням того факту, що досі немає самого визначення „хронічна депресія” і, відповідно, – узгоджених критеріїв її діагностики (О.О. Фільц, 2003). Крім того, вивчення клінічних проявів та їх феноменологічний аналіз дають можливість наблизитись до розуміння можливих психопатологічних „ключів” і розробки цілісної концепції хронічних депресій.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Наукова робота виконана відповідно до плану НДР Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького кафедри психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти та є частиною теми кафедри: „Психопатологія та клінічна предикція хронічного перебігу афективних розладів і пограничних станів” (№ державної реєстрації 0104U010653).

**Мета дослідження –** удосконалити клінічну предикцію хронічних депресій з урахуванням факторів і механізмів хроніфікації на основі комплексного вивчення клініко-психопатологічних особливостей цих станів.

**Завдання дослідження:**

1.Порівняти клінічні особливості хронічних і епізодичних депресій у сфері суб’єктивного самосприйняття пацієнтів.

2. З'ясувати найсуттєвіші психопатологічні відмінності хронічних і епізодичних депресій.

3. Описати клінічні феномени, специфічні для депресій з хронічним перебігом.

4. Визначити основні чинники і обґрунтувати механізм хроніфікації депресій.

5. Дослідити структуру особистості хворих на хронічні депресії для встановлення особистісного фактора хроніфікації.

6. Визначити принципи ранньої діагностики і загальну стратегію терапії хронічних депресій.

*Об’єкт дослідження* **–** хронічні депресивні розлади.

*Предмет дослідження* **–** клініко-психопатологічні особливості депресій з хронічним перебігом, основні фактори і базовий механізм хроніфікації депресій, клінічні предиктори хроніфікації депресій, особистісна структура пацієнтів з хронічними депресіями, патологічні паттерни поведінки пацієнтів з хронічними депресіями в лікувальному процесі.

*Методи дослідження:* клініко-психопатологічний, спеціальний анамнестичний, клініко-психологічний, математичний і статистичний.

Клініко-психопатологічний (дескриптивний) метод ґрунтувався на методології психіатричного обстеження з кількісною і якісною оцінкою скарг, неупередженим описом психопатологічної симптоматики задля виявлення клінічних феноменів, необхідних для виконання завдань дослідження.

Спеціальне анамнестичне дослідження проводилось шляхом деталізованого анамнестичного інтерв’ю з наданням особливої уваги вивченню суб’єктивного досвіду пацієнтів – задля виявлення факторів, що обумовлюють механізм формування хронічної депресії.

Клініко-психологічний метод базується на використанні стандартизованих шкал: SCS-90, шкали депресії Гамільтона та структурного клінічного інтерв’ю SCID-II – задля об’єктивізації психопатологічних аспектів дослідження.

Отримані в процесі роботи цифрові дані було оброблено математично-статистичним методом із використанням комп’ютерного пакету статистичного аналізу STATISTICA-6.0 для визначення ступеня достовірності отриманих результатів.

**Наукова новизна отриманих результатів.** У дослідженні вперше описано такі характерні для хронічних депресій клінічні феномени, як алексифілія та псевдосуїцидальність. З’ясовано відмінності базового суб’єктивного переживання – почуття меншовартості та почуття вини – відповідно при хронічних і епізодичних (фазних) депресіях. Наведена оригінальна схема диференційної діагностики, яка дозволяє вже на ранніх етапах захворювання відрізнити депресії, схильні до хроніфікації, від типових епізодичних варіантів. Виділено клінічні предиктори хронічних депресій.

Вперше обґрунтовано інтегральну концепцію хроніфікації депресій, що базується на взаємній підтримці особистісних, психореактивних та ендогенних чинників, у вигляді замкнутого кола (circulus vitiosus). Підкреслено роль ятрогенного фактора у процесі формування хронічної депресії.

**Практичне значення отриманих результатів.** Виявлені нові клінічні особливості хронічних депресій дозволили уточнити диференційно-діагностичні критерії таких станів. Вивчені клінічні предиктори та обґрунтований у дослідженні механізм хроніфікації депресій, допомогли розширити можливості прогнозування несприятливих тенденцій перебігу депресивних розладів, дали можливість розробити стратегію досягнення комплаєнсу і створення продуктивного терапевтичного альянсу з хворими, що є найважливішими факторами успішної терапевтичної роботи з цією категорією пацієнтів.

Все зазначене дозволить оптимізувати ранню діагностику хронічних депресій, вчасно вживати необхідних заходів для адекватного лікування та запобігання хроніфікації. Отримані результати допомагають розширити напрямки подальших досліджень хронічних депресій.

**Впровадження отриманих результатів.** Результати дослідження впроваджені у практику і знайшли застосування в лікувально-діагностичній практиці у наступних лікувальних установах: Тернопільській обласній комунальній психоневрологічній лікарні, Львівській обласній психіатричній лікарні, Львівському обласному психоневрологічному диспансері, Івано-Франківській обласній психоневрологічній лікарні №3, Закарпатській обласній психіатричній лікарні (м. Берегове), Волинській обласній психіатричній лікарні № 1 (м. Луцьк), комунальному закладі „Рівненський обласний центр психічного здоров'я населення” (м. Рівне).

Результати дослідження використовуються в педагогічній практиці кафедр психіатрії Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, Івано-Франківського національного медичного університету.

**Особистий внесок здобувача.** Автор самостійно провів клініко-психопатологічне, анамнестичне, дескриптивне, психодіагностичне обстеження хворих основної і контрольної груп. Виділив і описав нові клінічні феномени (алексифілія, псевдосуїцидальність), проаналізував особливості клініки хронічних депресій, вплив психотравмуючого фактора на хроніфікацію, обґрунтував базовий механізм хроніфікації депресивних розладів, розробив схему диференційної діагностики хронічних та епізодичних депресій, на основі результатів дослідження виділив принципи оптимізації терапевтичної стратегії при хронічних депресіях. Особистий внесок здобувача до публікацій, написаних у співавторстві в наукових фахових виданнях, затверджених ВАК України, відображено у списку праць в кінці автореферату.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення дисертаційної роботи оприлюднені на науково-практичній конференції „Хронічність у психіатрії: стан чи процес. Визначення та підходи до терапії” (Львів, 2006), на науково-практичній конференції „Психіатрія в період доказової медицини” (Львів, 2007), на XII Міжнародному медичному конгресі студентів і молодих вчених (Тернопіль, 2008), на апробаційному засіданні кафедри психіатрії та психотерапії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (протокол № 75 від 16.12.2008р.)

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 9 наукових праць, з них 5 – у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, 3 – у матеріалах конгресів та конференцій, оформлено 1 авторське свідоцтво.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертацію викладено на 195 сторінках машинописного тексту (143 сторінки – основний текст). Робота складається з вступу, 5-ти розділів (огляд літератури, матеріали і методи дослідження, три розділи з викладенням результатів власних досліджень, аналіз та узагальнення одержаних результатів), висновків, списку використаних джерел літератури, додатків. Робота ілюстрована 17 таблицями, 2 рисунками, 3 клінічними прикладами. Список літературних джерел містить 173 наукові праці (69 – кирилицею, 104 – латиницею).

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ**

**Матеріали і методи дослідження.** Дослідження виконане на кафедрі психіатрії та психотерапії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (зав. кафедри – д.мед.н., професор О.О. Фільц) на базі ЛОДКПЛ (головний лікар О.О. Фільц), ЛОПНД (головний лікар В.В. Яєчник), спеціалізованої амбулаторії ТОВ „Астра МІА”, м. Тернопіль (головний лікар І.В. Пришляк).

У дослідження включено 2 групи пацієнтів: основна (хронічні депресії) і контрольна (епізодичні депресії). Відбір хворих у основну групу здійснювався на основі:

1) Всіх критеріїв депресивного епізоду, наявних у МКХ-10 і DSM-4;

2) Додаткового критерію хронічного перебігу депресивних розладів МКХ-10 і DSM-4: безремісійна наявність депресивної симптоматики протягом 2 і більше років.

Крім того, використовувались наступні обмежуючі критерії:

3) вік пацієнтів до 65 років;

4) відсутність у пацієнтів ознак шизофренії чи шизоафективного розладу згідно МКХ – 10, як на момент обстеження, так і в анамнезі;

5) відсутність у пацієнтів ознак органічних уражень головного мозку, клінічно значимої ендокринної та соматичної патології.

Відповідно, у роботу було включено 76 пацієнтів із хронічними депресіями. Однак, після першого інтерв’ю 28 з них відмовились від участі у дослідженні з різних мотивів, але головним чином через уникання труднощів незвичного деталізованого обстеження. В результаті основну групу скали 48 пацієнтів (14 чоловіків і 34 жінки) із середнім віком 45,17±1,52 років.

Критерії відбору хворих у контрольну групу відрізнялись лише в пункті тривалості депресивних фаз: не більше 6 місяців безперервної симптоматики із повними ремісіями („гострий” перебіг депресії згідно В.С. Подкоритов, Ю.Ю. Чайка, 2003). Необхідність набору контрольної групи диктувалась потребами з’ясування базових відмінностей у клінічній картині і механізмах формування між хронічними і епізодичними депресіями. На етапі скринінгу відібрано 50 хворих із епізодичними депресіями, однак в процесі роботи 16 з них були виключені із дослідження у зв’язку з виявленням затягування фази, континуального перебігу розладу, важкістю стану, який унеможливлював заплановане обстеження. Таким чином, групу порівняння склало 34 випадки депресій з дискретним перебігом (10 чоловіків і 24 жінки). Середній вік хворих – 49,21±1,47 років.

За віком пацієнтів обидві групи суттєво не відрізнялись (р>0,05), ґендерне співвідношення обох груп відповідало типовим епідеміологічним даним при депресіях (жінки/чоловіки = 2/1), показники інвалідності і безробіття були достовірно вищими при хронічних депресіях (відповідно, p<0,01 і p<0,05), а кількість працюючих – при дискретному перебігу депресії (p<0,001).

Згідно з методологією дослідження, кожен із відібраних пацієнтів був обстежений за наступним алгоритмом: а) тестування за шкалою базових симптомів SCS-90; б) психопатологічне обстеження з уточненням особливостей суб’єктивних переживань і описом усіх наявних клінічних феноменів; в) проведення спеціального анамнестичного інтерв’ю з детальним вивченням переживання хворими життєвих подій, стосунків, обставин, які передували захворюванню; г) дослідження структури особистості хворих основної групи за допомогою діагностичного інтерв’ю SСID-II.

Обробка цифрових даних здійснювалась із використанням комп’ютерного пакета статистичного аналізу STATISTICA-6.0

**Результати дослідження і їх аналіз.** У зв’язку з відсутністю загальновизнаних і чітких клінічних предикторів хронічного перебігу депресій, основна увага нашого дослідження була зосереджена на недостатньо вивченій сфері суб’єктивного самосприйняття пацієнтів. Для порівняння суб’єктивного бачення свого стану було співставлено результати тестування основної і контрольної груп за допомогою інтернаціональної шкали базових симптомів SCS-90. З’ясувалось, що найбільш суб’єктивно значимі симптоми в обох групах пацієнтів практично повністю дублюються і переважно відповідають діагностичним критеріям депресії у сучасних класифікаціях. Вірогідної різниці між хронічними і епізодичними депресіями згідно більшості найтиповіших симптомів депресії, відображених у шкалі, не спостерігається (табл. 1).

*Таблиця 1*

**Типові депресивні скарги-симптоми, суб’єктивна вираженість яких суттєво не відрізнялась у порівнюваних групах**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Скарги-симптоми згідно SCS-90 | Середній бал вираженості скарги ± m | p |
| хронічні | епізодичні |
| 5. | Зменшення задоволення і зацікавлення до сексу | 1,52±0,24 | 0,88±0,21 | 0,080 |
| 9. | Труднощі у запам’ятовуванні | 1,78±0,18 | 1,59±0,22 | 0,698 |
| 14. | Втрата енергії або сповільнення в рухах і думках | 1,70±0,21 | 1,71±0,26 | 0,768 |
| 15. | Думки про позбавлення себе життя | 0,61±0,19 | 0,82±0,21 | 0,548 |
| 19. | Поганий апетит | 0,83±0,21 | 1,29±0,24 | 0,116 |
| 20. | Плаксивість | 1,09±0,24 | 1,29±0,23 | 0,309 |
| 26. | Самозвинувачення в певних речах та справах | 1,52±0,24 | 1,71±0,24 | 0,458 |
| 28. | Відчуття, що Вам важко змусити себе щось розпочати | 2,30±0,18 | 2,00±0,26 | 0,421 |
| 29. | Відчуття самотності | 1,52±0,24 | 1,59±0,27 | 0,757 |
| 30. | Пригнічений (похмурий) настрій | 2,43±0,15 | 2,24±0,24 | 0,459 |
| 32.  | Відчуття, що Вас ніщо не цікавить | 2,17±0,21 | 1,88±0,24 | 0,289 |
| 46. | Труднощі у прийнятті рішень | 2,00±0,19 | 1,65±0,26 | 0,399 |
| 55. | Важкість зосередитись | 1,43±0,21 | 1,65±0,25 | 0,060 |
| 56. | Відчуття слабкості в певних частинах тіла | 1,52±0,24 | 1,29±0,23 | 0,522 |
| 58. | Відчуття важкості в руках і ногах | 1,09±0,22 | 1,00±0,20 | 0,391 |
| 79. | Відчуття власної нікчемності | 1,39±0,24 | 1,18±0,21 | 0,111 |
| 85. | Думки, що Ви повинні бути покарані за Ваші гріхи. | 1,04±0,23 | 1,18±0,17 | 0,710 |

Цим підтверджується, що за типовими ознаками обидві групи є еквівалентними щодо діагнозу „депресивний розлад”. Отриманий результат свідчить також, що адекватна клінічна диференціація хронічних та епізодичних депресій на основі лише загальновизнаних критеріїв і стандартних шкал є проблемною. Відповідно, виникає необхідність пошуку специфічних предикторів хронічних депресій у сфері дотепер не описаних і не представлених у існуючих опитувальниках клінічних феноменів.

З іншого боку, шкала SCS-90 дає нам можливість оцінити певні клінічні прояви, на основі яких можна шукати відмінності між хронічними та епізодичними депресіями (табл. 2).

*Таблиця 2*

**Симптоми шкали SCS-90, за якими хронічні та епізодичні депресії суттєво відрізнялися**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Скарги-симптоми згідно SCS-90 | Середній бал вираженості скарги ± m | р |
| хронічні | епізодичні |
| 22. | Страх бути захопленим зненацька чи впійманим | 0,30±0,16 | 0,94±0,23 | 0,008 |
| 39. | Серцебиття або відчуття вискакування серця | 0,83±0,23 | 1,29±0,25 | 0,048 |
| 40. | Нудота або розлади шлунку | 0,48±0,15 | 1,12±0,22 | 0,038 |
| **41.** | **Відчуття власної неповноцінності порівняно з іншими людьми** | **1,70±0,22** | **1,12±0,20** | **0,011** |
| **54.** | **Відчуття безнадії перед майбутнім** | **2,17±0,19** | **1,47±0,26** | **0,026** |
| 59. | Думки про смерть | 1,04±0,23 | 1,06±0,22 | 0,030 |
| **61.** | **Дискомфорт від того, що люди на Вас дивляться або про Вас говорять** | **0,74±0,18** | **0,47±0,12** | **0,002** |
| 64. | Раннє пробудження | 1,09±0,25 | 1,65±0,24 | 0,047 |
| 66. | Неспокійний або порушений сон | 1,09±0,22 | 1,65±0,25 | 0,000 |
| **69.** | **Сильне збентеження при спілкуванні з іншими людьми** | **1,04±0,20** | **0,47±0,10** | **0,003** |
| **71.** | **Відчуття, що все є обтяжливим** | **1,96±0,20** | **1,76±0,24** | **<0,001** |
| **76.** | **Відчуття недостатнього схвалення Ваших досягнень іншими** | **0,83±0,22** | **0,29±0,09** | **0,005** |
| 77. | Відчуття самотності, навіть коли Ви є в товаристві | 1,13±0,24 | 1,29±0,20 | 0,035 |
| **78.** | **Такий сильний неспокій, що важко втриматись на одному місці** | **1,09±0,24** | **0,82±0,19** | **0,049** |
| **80.** | **Відчуття, що з Вами станеться щось погане** | **1,39±0,24** | **1,18±0,22** | **0,001** |
| **83.** | **Відчуття, що люди використають Вас, як тільки Ви дасте їм привід** | **0,65±0,17** | **0,41±0,14** | **0,045** |
| **86.** | **Думки і уявлення, які викликають страх** | **1,39±0,21** | **0,94±0,18** | **0,001** |
| **87.** | **Думки, що щось серйозно негаразд з Вашим організмом** | **1,78±0,22** | **1,35±0,22** | **0,001** |
| **89.** | **Почуття вини** | **1,61±0,22** | **1,47±0,23** | **<0,001** |

Як видно із таблиці, клінічні прояви хронічних депресій, що вірогідно відрізняють їх від епізодичних, складаються у специфічний симптомокомплекс, який узагальнено відображає переживання депресивного зниження самооцінки та суб’єктивного сприйняття власного страждання (почуття неповноцінності та вини – 41, 89, дискомфорт у соціальних ситуаціях, особливо при порівнянні себе з іншими людьми – 61, 69, 76, 83, неспроможність – 71, тривога за свій стан – 54, 78, 80, 86, 87). При обговоренні результатів тестування з пацієнтами також з’ясувалось, що у багатьох випадках формально аналогічні відповіді різних хворих відображають насправді різний суб’єктивний зміст. Сказане дозволило намітити фокус подальшого клініко-психопатологічного дослідження, яке базувалось на детальному розпитуванні кожного окремого пацієнта щодо особливостей його внутрішніх переживань.

При вивченні суб’єктивного сприйняття хворими власного стану було виділено три групи типових скарг, висловлюваних у тій чи іншій формі спонтанно усіма пацієнтами з хронічними депресіями (табл. 3).

*Таблиця 3*

**Типові самостійно висловлювані скарги хворих на хронічні депресії**

|  |  |
| --- | --- |
| Кластери скарг | Приклади скарг у пацієнтів |
| Скарги, пов’язані із неспроможністю, непрацездатністю  | „не можу примусити себе нічого робити”, „відраза до роботи”, „сильна слабкість, лінь”, „мене кладе”, „мені не дає працювати”, „нема натхнення, задоволення від роботи, все роблю через силу” |
| Скарги на неприємні внутрішні відчуття | важкість в тілі, голові, кінцівках; туман, несвіжість в голові; нудь, важкість, тягар в грудях; нудота, важкість в шлунку; внутрішня напруженість, дискомфорт, неспокій  |
| Незадоволеність життям (включає ангедонію, суїцидальність) | відсутність радості, задоволення, сенсу життя („не життя, а існування”), небажання далі так жити; роздуми про неприємності, „нещасливу долю”, власну смерть, можливість самогубства  |

Суттєвою особливістю є те, що описані вище групи скарг відсували на задній план переживання емоційних порушень – відчуття зниженого настрою, суму, нудьги, які висловлювались вже у другу чергу або і взагалі не декларувались. Однак вони завжди виявлялись при цілеспрямованому розпитуванні та тестуванні за шкалою Гамільтона і опитувальником SCS-90.

Центральним і найбільш універсальним переживанням власного депресивного стану у групі хворих з хронічними депресіями було відчуття власної меншовартості (95,8±2,9 % випадків хронічних депресій vs 61,8±8,3 % епізодичних, p<0,001). Хворі були схильні пов’язувати дане відчуття із неспроможністю та непрацездатністю внаслідок хворобливого стану. Відповідно, центральним афектом у них є почуття сорому за свій стан. Усвідомлення власної нікчемності (неспроможності) хворими призводило до ще більшого зниження настрою і посилення пригніченості. Таким чином, почуття меншовартості було не лише базовим переживанням при хронічній депресії, але і психопатологічним фактором, який відігравав важливу роль у механізмі хроніфікації.

Натомість базове депресивне почуття вини не є характерним для переживання хронічних хворих, а якщо і декларується, то здебільшого як вторинне – в контексті переживання тієї ж неспроможності та бездіяльності, наприклад: через занедбання господарства, недбалість щодо дітей, сім'ї, фінансову неспроможність через хворобу. Хворі не беруть вину на себе, як при класичних депресіях, а „перекладають” її на зовнішні обставини (хворобу) або на оточуючих, скеровують „вектор вини” (W. Scheid) назовні. Первинне (базове) почуття вини було зареєстроване лише у 20,8±5,9 % хворих з хронічними депресіями.

Ще одним спряженим переживанням при хронічній депресії є почуття несправедливого страждання, в сенсі – несправедливого у порівнянні з іншими невиліковного хворобливого стану. В скаргах хворих це почуття декларується також як заздрість до здорових людей. Оскільки ці переживання загострюють нестерпне відчуття власної меншовартості, їх наслідком часто стає провокація пацієнтами конфліктних ситуацій з оточенням.

Нами також виявлено, що формування тривалого депресивного стану у пацієнтів основної групи відбувалось за домінуючої участі психотравмуючих обставин: 45 пацієнтів (93,8±3,5 %) чітко вказували на зв'язок початку захворювання із конкретними психотравмами. З урахуванням цього виділено наступні варіанти хроніфікації вивчених депресій (табл. 4):

*Таблиця 4*

**Варіанти хроніфікації депресій**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Варіант | Кількість пацієнтів | Психогенний початок |
| пац. | % ± m |
| Накладання психотравми на автохтонну депресію  | 18 | 17 | 94,4±3,3 |
| Накладання психотравми на невротичну депресію | 6 | 6 | 100,0±0,0 |
| Психогенний початок і хроніфікація першого ж депресивного епізоду | 24 | 22 | 91,7±4,0 |
| Всього | 48 | 45 | 93,8±3,5 |

Для порівняння, у вибірці з епізодичними депресіями психогенна провокація фаз спостерігалась у 11 з 34 спостережень – 32,4±8,0 % (р<0,001).

Психотравми, що провокували та підтримували хронічну депресію, нами розподілено на 3 основні групи:

1) Психогенії, пов’язані з конкуренцією: професійні невдачі, звільнення з роботи, вихід на пенсію, ситуації, які провокували заздрість до успішних людей, подружні зради, матеріальні втрати, – передували хронічній депресії у 52,1 % випадків;

2) Психогенії, пов’язані з безпорадністю перед реальною відповідальністю: перехід на складнішу роботу, посилення відповідальності, неспроможність у нестандартних життєвих ситуаціях (суд, загроза ув’язнення), – 20,8 % випадків;

3) Психогенії, пов’язані з втратою підтримки: хвороба або втрата близької людини, руйнування сімейних чи дружніх стосунків, – 27,1 % випадків.

Попри об’єктивну різноманітність ситуацій, всі психотравми а) спричиняли у хворих загострення відчуття власної меншовартості, б) уражали сферу самооцінки та самоповаги. Тому вплив психотравмуючих обставин ми пропонуємо назвати „ударом по самоповазі”, пов’язаним із надмірною особистісною вразливістю хворих у сфері самооцінки.

В усіх обстежених пацієнтів переживання, пов’язані із психотравмами, були найбільше вираженими у клінічній картині депресії на початку її хроніфікації та під час загострень. Окремо слід виділити вплив на перебіг хронічної депресії психотравмуючих ситуацій, зумовлених стосунками із найближчим оточенням та з лікарями у процесі лікування. Крім того, наступні психотравми при хронічному перебігу депресії часто провокуються самими пацієнтами, і саме вони підтримують та слугують „обґрунтуванням” базового переживання пасивної меншовартості.

Разом із тим, в усіх пацієнтів вже на самому початку поряд із психогенно спровокованими симптомами спостерігались чіткі вітальні (біологічні) ознаки депресії – „соматичні”, згідно МКХ-10, симптоми: психомоторна загальмованість (або збудження) – 47 випадків (97,9±2,1 %); добовий ритм із найбільшою виразністю депресії в першій половині дня – 45 випадків (93,8±3,5 %); депресивні порушення сну з раннім прокиданням – 33 пацієнта (93,8±3,5 %); зниження апетиту із втратою ваги – 30 пацієнтів (62,5±7,0 %); втрата статевого потягу – 42 пацієнта (87,5±4,8 %); вітальні відчуття нудьги чи тривоги у вигляді фізичних неприємних відчуттів за грудиною, у голові, в епігастрії – 44 пацієнта (91,7±4,0 %).

Таким чином, виявлене переплетення (overlap) ендогенних та реактивних ознак спричиняє атиповість клінічної картини хронічних депресій, яка утруднює чіткість описових характеристик хронічних депресій та поділ їх на окремі синдромологічні варіанти.

Досліджені нами особливості хронічних депресій особливо виразно виділялись при порівнянні із клінічною картиною депресивних епізодів (фаз), які характеризуються: 1) автохтонним початком і завершенням фаз, циркадністю їх перебігу; 2) відсутністю або короткочасністю реактивного компоненту переживань; 3) базовим переживанням вини (73,5±7,6 % vs 20,8±5,9 % при хронічних, p<0,001*)*, спрямованим у минуле, без критики, зі неадекватним визнанням власної відповідальності; 4) некритичним сприйняттям біжучої депресії: щоразу пацієнти заново „втрачають надію” і перспективу майбутнього, незважаючи на досвід якісних ремісій; 5) якісно збереженою вербалізацією емоційного досвіду; 6) наявністю істинних суїцидальних тенденцій, часто зі схильністю до дисимуляції. У 7 пацієнтів групи порівняння (20,6±6,9 %) в анамнезі – реальні суїцидальні спроби (p<0,01).

Таким чином, для диференційної діагностики хронічних і епізодичних депресій можна виділити наступних 5 пунктів: 1) відображення в переживаннях пацієнтів під час депресії актуальних психотравмуючих ситуацій при хронічних депресіях і домінування переживань вини за колишні гріхи при епізодичних; 2) базове суб’єктивне відчуття хворих в стані депресії: меншовартості при хронічних та вини і гріховності при епізодичних; 3) особливості сприйняття пацієнтами депресивного зниження самооцінки: з максимально загостреною критикою, як нестерпне при хронічних, і безкритичне, як належне при епізодичних депресіях; 4) суб’єктивне опрацювання власного хворобливого стану: надцінне, подібне до іпохондричного (боротьба з хворобою як єдиний сенс життя) при хронічних і пасивне, некритичне (хвороба як заслужене покарання) при епізодичних депресіях; 5) декларація вторинного почуття вини як виправдання за свою пасивність при хронічних і переживання первинного меланхолічного почуття вини з агресією до себе при епізодичних депресіях.

Відмінності саме в цих пунктах є достатньо інформативними ранніми диференційно-діагностичними критеріями розмежування епізодичних та хронічних депресій.

Крім того, додатковими критеріями хронічних депресій, які одночасно можна розглядати як клінічні предиктори таких станів, є описані нами нові клінічні феномени – алексифілія та псевдосуїцидальність.

Перший з них стосується вербалізації пацієнтами власного емоційного досвіду. Виявлено, що хворі на хронічні депресії не бажають розповідати про власні емоційні переживання і схильні активно уникати такого саморозкриття. Як у спонтанній мові (майже повна відсутність емоційного компоненту скарг), так і при відповіді на цілеспрямовані запитання, хворі детально описують свої роздуми і зовнішні реакції на події, у той час, як про емоції говорять загальними фразами: „нормально”, „дискомфортно” тощо. На детальніше розпитування щодо їх емоційних переживань пацієнти реагують нерозумінням, невдоволенням, погіршенням суб’єктивного самопочуття. Зовні такий спосіб вербалізації емоційного досвіду нагадує картину алекситимії (P.E. Sifneos, 1953). Однак, на відміну від алекситимії, здатність хворих на хронічні депресії до тонкого розпізнавання і називання власних емоцій є збереженою, що виявляється при достатньо тривалому і наполегливому розпитуванні, а головне – при встановленні позитивного, довірливого стосунку з пацієнтами. Своє небажання обговорювати емоції хворі пояснюють тим, що подібний самоаналіз призводить до посилення негативних переживань, які сприймаються з відчуттям невдоволення собою, тобто загострюють відчуття меншовартості і саму депресію. Виявлення ознак цієї меншовартості, – навіть перед лікарем, – означає для пацієнта визнання власної безпорадності (неспроможності), що відіграє в подальшому суттєву роль у механізмі хроніфікації. Описану клінічну особливість ми запропонували називати алексифілією (від грецьк. a – частка заперечення, lexis – мова, philia – любов, схильність), тобто схильністю не говорити про емоції, активним прагненням до алекситимічної позиції. Прояви алексифілії спостерігалися у всіх пацієнтів з хронічними депресіями (100 %) і, натомість, не були виявлені у хворих з контрольної групи, які навіть при наявності психомоторної загальмованості, що утруднювала вербалізацію емоцій, не заперечували проти розпитування і намагались співпрацювати. Таким чином, алексифілію можна вважати типовою клінічною ознакою і предиктором хронічних депресій.

Другий описаний клінічний феномен стосується суїцидальності пацієнтів. При обстеженні хворих із хронічними депресіями було зауважено, що більшість з них (35 із 48 пацієнтів – 72,9±6,4 %) при описі власного стану декларували наявність суїцидальних тенденцій: антивітальних переживань (ангедонія, роздуми про безсенсовність життя, смерть як вихід) – 20 пацієнтів (42 %); пасивних суїцидальних думок – 11 пацієнтів (23 %); суїцидальних замислів (думки і уявлення про власне самогубство без реальних намірів) – 4 пацієнта
(8 %). Попри це, жоден із обстежених хворих на хронічні депресії не вчиняв істинних спроб самогубства в анамнезі. При детальному розпитуванні з’ясувалось, що суїцидальні роздуми хворих були “теоретичного” плану і не супроводжувались реальними намірами. “Антисуїцидальний бар’єр” хворих ґрунтувався головним чином на почутті сорому за таку поведінку і уявленні про суїцид як „абсолютний” доказ меншовартості. З анамнезу хронічних пацієнтів з’ясовано, що суїцидальні думки набували найбільшої виразності через 2-3 роки тривалості депресії і безуспішних спроб вилікуватись чи хоча б „примиритись” із хворобою. Виникнення суїцидальних роздумів було ознакою розчарування, екзистенційної кризи, початком періоду “депресивного існування”. Демонстративна декларація власних суїцидальних тенденцій хворими на хронічні депресії є способом „заклику” про допомогу та маніпуляції оточенням. Характерне для типових ендогенних депресивних епізодів (фаз) первинне почуття вини з агресією проти себе як підґрунтя для суїцидальних тенденцій у обстежених хворих з хронічними депресіями не фігурувало. Зазначені клінічні особливості суб’єктивного сприйняття та експресії суїцидальних тенденцій хворими на хронічні депресії ми об’єднали терміном „псевдосуїцидальність”.

На основі отриманих дескриптивних характеристик хронічних депресій нами обґрунтовано гіпотезу про механізм хроніфікації депресивних розладів. Він полягає у постійно діючій взаємній підтримці ендогенного (вітальна неспроможність) і реактивного („удари по самоповазі”) факторів у точці зниження самооцінки пацієнта. Депресивне зниження самооцінки (загострене почуття меншовартості) посилює особистісну чутливість пацієнта до ситуацій знецінення-приниження і призводить до активної «селекції» відповідних впливів. З іншого боку, зниження самооцінки як один із осьових симптомів ендогенної депресії підтримує і її вітальні прояви. Вітальна неспроможність з одного боку стає причиною подальшого самознецінення, а з другого – відрізає можливість компенсації і самоствердження пацієнтів. Виникає замкнуте коло (circulus vitiosus), в якому пацієнт не може позбутися постійного нестерпного відчуття власної нецінності, що саме по собі стає постійно діючою депресогенною психотравмою (рис. 1).

Зниження самооцінки

«Удар по самоповазі» Вітальні симптоми

(психотравма)

Чутливість до знецінення

(Особистісний ґрунт)

Рис. 1. Механізм хроніфікації депресій.

Особливо показовою є дія механізму хроніфікації у процесі лікування. Стосунки цієї групи пацієнтів з лікарями є настільки специфічними, що можуть слугувати самостійною високоінформативною клінічною ознакою затягування і хроніфікації депресії. Співпраця хворих з лікарями будується згідно стереотипу „ідеалізації-знецінення”. На початку лікування пацієнти схильні захоплюватися лікарем, покладають великі сподівання на його допомогу. Згодом, по мірі „застрягання” у депресії і відсутності швидкого ефекту, хворі розчаровуються, висловлюють сумніви та претензії, активно втручаються у процес лікування: самостійно відміняють ліки, змінюють дозування, спонукають лікарів до необґрунтованої заміни медикаментів. Наслідком такої „деструктивної” позиції пацієнтів стає непослідовність фармакотерапії і погіршення терапевтичних стосунків, які набувають ознак протистояння і закінчуються припиненням підтримки і „відштовхуванням” пацієнта лікарем. Зазначена ситуація стає черговою ятрогенною психотравмою для хворих – новим „ударом по самоповазі”, після якого вони припиняють лікування, або шукають „кращого” лікаря. У більшості обстежених пацієнтів з хронічними депресіями такий цикл негативного формування комплаєнсу з переходом від одного до іншого спеціаліста повторювався багато разів залежно від тривалості хвороби (рис. 2). Виникає парадоксальна ситуація, при якій сам процес лікування сприяє хроніфікації. Відтак, основним завданням на початковому етапі роботи з хворими на хронічні депресії ми вважаємо руйнування описаного патологічного паттерну.

Терапевтична співпраця

Взаємне знецінення, Замкнуте коло хронічної

втрата підтримки лікаря депресії

Почуття меншовартості

Неадекватне лікування

Рис. 2. Патогенний стереотип співпраці хворих на хронічні депресії з лікарями.

У зв’язку з виявленою роллю особистісно-залежних реакцій у формуванні хронічних депресій було проведено дослідження особистісної структури пацієнтів за допомогою напівструктурованого клінічного інтерв’ю SCID-II. Дана методика дозволила зафіксувати наявність окремих розладів особистості або їх поєднання у всіх обстежених пацієнтів з хронічними депресіями. Статистично вірогідними для нашої вибірки були частоти виявлення обсесивно-компульсивного (39,6±7,1 %), істеричного (35,4±6,9 %), залежного (27,1±6,4 %), нарцистичного (18,75±5,6 %) і пасивно-агресивного (16,7±5,4 %) особистісних розладів. Обсесивно-компульсивний розлад особистості достовірно домінує серед інших розладів особистості у чоловіків (78,6±11,4 %, p<0,01), а істеричний (50±8,6 %, p<0,05) – у жінок, хворих на хронічні депресії. Цей результат, хоча й відображає коморбідні до хронічних депресій базові невротичні структури, однак для формулювання спеціальних висновків потребує самостійного дослідження.

З іншого боку, структурне клінічне інтерв’ю SCID-II за допомогою стандартизованого набору запитань, у яких з’ясовуються різні клінічні ситуації, дозволило суттєво деталізувати анамнез і, відповідно, підтвердити наявність у всіх пацієнтів: 1) преморбідно вираженого нарцистичного комплексу меншовартості і пов’язаного з ним центрального переживання сорому ще до початку депресії; 2) специфічного для хронічних депресій клінічного феномену – алексифілії, – яка проявляється униканням опису власного емоційного досвіду у зв’язку з соромом перед оприлюдненням внутрішніх переживань, котрі відображають меншовартість; 3) механізму хроніфікації у вигляді „замкнутого кола” взаємодії реактивного та ендогенного факторів шляхом зниження самооцінки і активації нестерпного переживання власної меншовартості.

 У процесі дослідження анамнезу і проведення структурного інтерв’ю було з’ясовано, що базове глибинне відчуття меншовартості майбутніх хворих на хронічні депресії формується ще в дитинстві і пов’язане зі знеціненням та дефіцитом емоційної підтримки з боку батьківських фігур. Подальша життєва стратегія пацієнтів полягає у постійній компенсації власної неповновартості за допомогою зовнішнього визнання і підтримки. Початок хронічної депресії вказував на „провал” цієї стратегії і формування нової патологічної нарцистичної рівноваги у вигляді „життя в депресії”.

**ВИСНОВКИ**

1. У дисертаційній роботі наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової задачі підвищення ефективності діагностики хронічних депресій шляхом врахування клінічних предикторів та психопатологічних особливостей, які відображають фактори й механізми формування цих станів.

2. При обстеженні хворих на хронічні та епізодичні депресії за допомогою стандартного симптоматичного клінічного опитувальника SCS-90 виявлено, що відмінності двох груп за типовими симптомами депресивного розладу не є вірогідними (p>0,05), тоді як суттєві відмінності виявляються у сфері самооцінки та суб’єктивного сприйняття власного страждання (p<0,05).

3. За результатами клініко-психопатологічного обстеження з’ясовано наступні відмінності клініки хронічних та епізодичних депресій у сфері суб’єктивних переживань: 1) переважання базового почуття сорому (меншовартості) при хронічних депресіях (95,8±2,9 vs 61,8±8,3 %, p<0,001) і вини (гріховності) – при епізодичних (73,5±7,6 vs 20,8±5,9 %, p<0,001);
2) сприйняття депресивно зниженої самооцінки із загостреною критикою при хронічних депресіях і зі зниженою критикою – при епізодичних; 3) переважання психогенної провокації депресивних переживань („удар по самоповазі”) при хронічних депресіях (93,75±3,49 %) при суттєво менш значимому впливі психогеній на клініку епізодичних депресій (32,4±8,0 %, р<0,001).

4. Завдяки клінічно-описовому методу дослідження суб’єктивних переживань пацієнтів описано два нових, специфічних для хронічних депресій клінічних феномена: 1) алексифілія – схильність активно уникати вербалізації власного емоційного досвіду при об’єктивно збереженій здатності до такої рефлексії (виявляється у 100 % хворих); 2) псевдосуїцидальність – декларація суїцидальних тенденцій при відсутності реальних усвідомлених намірів вчинити самогубство і наявності високого антисуїцидального бар’єру (виявляється у 72,9±6,4 % хворих).

5. Принципи предикції хронічних депресій базуються на врахуванні специфіки суб’єктивних переживань пацієнтів, виявленні характерних клінічних ознак – алексифілії та псевдосуїцидальності, а також факту преципітації ендогенних (біологічних) і реактивних (середовищних) чинників хроніфікації.

6. Механізм хроніфікації у вивчених випадках має вигляд замкнутого кола (circulus vitiosus) постійно діючої взаємної підтримки ендогенного (біологічного) і реактивного (середовищного) факторів у точці зниження самооцінки пацієнта.

7. За результатами структурного клінічного інтерв’ю SCID-II у хворих з хронічними депресіями було встановлено статистично значиму коморбідність обсесивно-компульсивного, істеричного, залежного, нарцистичного і пасивно-агресивного особистісних розладів із переважанням обсесивно-компульсивного серед чоловіків (78,6±11,4 %, p<0,01) та істеричного серед жінок (50±8,6 %, p<0,05). Спільним особистісним фактором хроніфікації є базовий нарцистичний комплекс меншовартості, виявлений у всіх обстежених хворих.

8. У плануванні терапевтичної стратегії при хронічних депресіях, крім описаного механізму їх формування необхідно враховувати ще один вагомий фактор – ятрогенний стосунок „лікар-пацієнт”, при якому має місце взаємне знецінювання і порушення комплаєнсу аж до розриву терапевтичної співпраці. Оптимізація альянсу з пацієнтом є важливим завданням початкового етапу лікування при хронічних депресіях.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Пришляк В. І. Проблема хроніфікованих депресій в психіатричних дослідженнях. Частина І / В. І. Пришляк, О. О. Фільц // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2006. – № 1 (16). – С. 132–141. (Здобувачем самостійно відібрано і опрацьовано літературу за темою, проведено її аналіз, виділено і висвітлено основні проблемні питання, підготовлено статтю до друку).

2. Пришляк В. І. Проблема хроніфікованих депресій в психіатричних дослідженнях. Частина ІІ / В. І. Пришляк, О. О. Фільц // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2007. – № 1 (17). – С. 99–105.(Здобувачем самостійно відібрано і опрацьовано літературу за темою, проведено її аналіз, виділено і висвітлено основні проблемні питання, підготовлено статтю до друку).

3. Пришляк В. І. Алексифілія і псевдосуїцидальність – спроба опису нових клінічних феноменів при хроніфікованих депресіях / В. І. Пришляк, О. О. Фільц // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 4 (53). – С. 63–67. (Здобувачем самостійно проведено відбір, обстеження і систематизація матеріалу, здійснено аналіз результатів дослідження, описано два нових клінічних феномени, характерних для хронічних депресій).

4. Пришляк В. І. Деякі особливості клініки хроніфікованих депресій в контексті базового психопатологічного механізму їх формування / В. І. Пришляк, О. О. Фільц // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2008. – № 1 (18). – С. 55–61. (Здобувачем самостійно проведено відбір, обстеження і систематизація матеріалу, здійснено аналіз результатів дослідження, обґрунтовано гіпотезу щодо механізму хроніфікації депресій у вивчених випадках).

5. Пришляк В. І. Специфіка особистості хворих на хронічні депресії /
В. І. Пришляк // Медицинская психология. – 2008. – Т. 3, № 2 (10). – С. 58–62.

6. А.с. № 22756, Україна, МОіНУ. Концептуальний опис нового клінічного симптому „Алексифілія” – „Алексифілія як специфічна клінічна ознака хронічних депресій” / В. І. Пришляк, О. О. Фільц. – № 22926; заявл. 01.10.2007 ; опубл. 16.11.2007. (Здобувачем самостійно проведено обстеження матеріалу дослідження, описано новий клінічний феномен, характерний для хронічних депресій).

7. Пришляк В. І. Предиктори хроніфікації депресій / В. І. Пришляк, О. О. Фільц // Медицина світу. Додаток „Хронічність у психіатрії: стан чи процес. Визначення та підходи до терапії”. – 2006. – С. 46–47.

8. Пришляк В. І. Новий погляд на клініку та механізм формування хронічних депресій / В. І. Пришляк // Медицина світу. Додаток „Психіатрія в період доказової медицини”. – 2007. – С. 29–32.

9. Пришляк В. І. Клінічні особливості і механізм формування хронічних депресій / В. І. Пришляк // 12 Міжнародний медичний конгрес студентів та молодих вчених, 31 березня – 2 квітня 2008 р. : матеріали конгр. – Тернопіль, 2008. – С. 117.

**АНОТАЦІЯ**

**Пришляк В.І. Клінічні предиктори хронічних депресій.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ, 2009.

Дисертацію присвячено вивченню клініко-психопатологічних особливостей хронічних депресій, обґрунтуванню факторів та механізму формування цих станів.

На основі комплексного клініко-дескриптивного, психолого-діагностичного, спеціального анамнестичного дослідження 48 випадків хронічних депресій та порівняння клініко-психопатологічних особливостей цих станів із клінікою 34 випадків фазних (епізодичних) депресій виділено основні диференційно діагностичні ознаки, які дозволяють вчасно виявляти хроніфікацію депресій.

Описано нові клінічні феномени – алексифілію та псевдосуїцидальність, - які є характерними ознаками і предикторами хронічних депресій.

Виявлено суттєві відмінності базових суб’єктивних переживань, які відрізняють хронічні депресії від епізодичних.

Обґрунтовано гіпотезу про механізм хроніфікації депресивних розладів у вигляді замкнутого кола взаємної підтримки реактивних, ендогенних і особистісних факторів. Описано патогенний стереотип стосунків хронічних депресивних хворих із лікарями та запропоновано практичні рекомендації щодо оптимізації терапевтичної співпраці з ними.

Виділено і досліджено особистісний фактор як підґрунтя клінічних особливостей та механізму формування хронічних депресій.

**Ключові слова:** хронічна депресія, клінічні предиктори, алексифілія, псевдосуїцидальність, механізм хроніфікації.

**АННОТАЦИЯ**

**Пришляк В. И. Клинические предикторы хронических депрессий.** – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.06 – психиатрия. – Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, Киев, 2009.

Диссертация посвящена изучению клинико-психопатологических особенностей хронических депрессий, обоснованию факторов и механизма формирования этих состояний в аспекте их клинической предикции.

На основании комплексного изучения 48 случаев хронических депрессий в сравнении с 34 случаями фазных (эпизодических) депрессий при помощи клинико-описательного, клинико-психологического и специального анамнестического методов были установлены основные диагностические признаки, позволяющие уже на ранних этапах прогнозировать хронификацию депрессивных расстройств.

Поскольку результаты тестирования по шкале SCS-90 двух групп больных не обнаружили достоверных отличий в их клинике на основании типичных критериев депрессии (p>0,05), основной фокус исследования был направлен на поиск новых клинических признаков, не фигурирующих в существующих опросниках и шкалах. Благодаря такому подходу, в работе впервые описаны два характерных для хронических депрессий клинических феномена: алексифилия – активное избегание пациентами вербализации собственного эмоционального опыта при сохраненной способности различать и называть собственные эмоции (100 %), и псевдосуицидальность – декларация больными суицидальных тенденций при отсутствии реальных аутоагрессивных намерений и наличии высокого антисуицидального барьера (72,9±6,4 %).

На основании изучения жалоб пациентов и обстоятельного расспроса об их переживаниях определено, что базовым субъективным переживанием больных при хронических депрессиях является невыносимое чувство собственной неполноценности (стыда) – (95,8±2,9 vs 61,8±8,3 %, p<0,001) в отличие от «классического» чувства вины (греховности), преобладающего при фазных депрессиях (73,5±7,6 vs 20,8±5,9 %, p<0,001). При помощи анамнестического исследования выделены главные пути хронификации депрессий. Определено достоверное значение психогений, играющих роль «ударов по самоуважению», провоцирующих и поддерживающих хроническую депрессию в отличие от незначительного влияния психотравм на переживания пациентов при эпизодических депрессиях (р<0,001). Предложена оригинальная схема ранней дифференциальной диагностики хронических и эпизодических депрессий, учитывающая отличия клинических особенностей, обнаруженные при сравнительном клинико-психопатологическом исследовании пациентов основной и контрольной групп.

Обоснована гипотеза о механизме формирования хронической депрессии в виде «порочного круга» постоянно действующей взаимной поддержки эндогенных (биологически обусловленных) и реактивных (средовых) факторов путем снижения самооценки пациентов, что приводит к длительному сохранению депрессивных симптомов. Патологической почвой, на которой формируется описанный механизм, является преморбидная личностная чувствительность пациентов в сфере самооценки.

Впервые описан типичный патогенный стереотип «идеализации – обесценивания» в отношениях больных хроническими депрессиями с врачами, обоснована его роль как самостоятельного ятрогенного фактора хронификации депрессивных расстройств. На основании собственного опыта сотрудничества с больными предложены практические рекомендации по оптимизации терапевтического альянса при хронических депрессиях.

При помощи полуструктурированного клинического интервью SCID-II диагностированы различные коморбидные расстройства личности у всех больных с хроническими депрессиями: среди мужчин достоверно преобладала частота обсессивно-компульсивного (78,6±11,4%, p<0,01), а среди женщин – истерического (50±8,6%, p<0,05) личностных расстройств. Определен общий личностный фактор механизма хронификации в виде преморбидного нарцистического комплекса неполноценности, обнаруженного у всех пациентов с хроническими депрессиями.

**Ключевые слова:** хроническая депрессия, клинические предикторы, алексифилия, псевдосуицидальность, механизм хронификации.

**SUMMARY**

**V. I. Pryshlyak. Clinical predictors of chronic depressions.** – Manuscript.

The dissertation for the obtaining the Candidate of Medical Sciences degree in specialty 14.01.06 – psychiatry. – Ukrainian scientific research institute of social, forensic psychiatry and drug abuse Ministry of Public Health of Ukraine, Kyiv, 2009.

The dissertation is dedicated to the research of clinical-psychopathological peculiarities of chronic depressions, factors and mechanism of chronification.

By means of complex clinical-descriptive, psychological-diagnostic and special anamnestic investigation of 48 cases of chronic depression and compartment of clinical-psychopathological peculiarities of these states with the clinic of 34 cases of episodic depressions the basic diagnostic features that enable early detection of depression’s chronification were revealed.

New clinical phenomena named alexiphilia and pseudosuicidality as the typical features and predictors of chronic depressions were described, main subjective feelings which are different in patients with chronic and episodic depressions were discovered.

The hypothesis about chronification mechanism in depressions as a vicious circle of psychogenic, endogenous and personality dependent factors interaction was substantiated.

The pathogenic stereotype of relations with doctors that is typical for patients with chronic depressions, and the personality dependent factor of depression’s chronification were characterized, practical recommendations for optimization of therapeutic cooperation were proposed.

**Key words:** chronic depression, clinic predictors, alexiphilia, pseudosuicidality, mechanism of chronification.

  Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>