

епілептичної деменції і рідко — з шизоепілептичним. Під час розвитку хронічних альтернативних психозів 2 типу можливе спостереження у хворого епілептичної деменції легкого ступеня вираженості. Вплив цих психозів на клінічні прояви специфічних змін особистості є помірним, кількісним, спостерігається при всіх типах перебігу і прямо пропорційно залежить від їх тривалості.

4. Клінічні прояви альтернативних епілептичних психозів співвідносяться з типами специфічних змін особистості, у зв'язку з якими вони розвиваються, таким чином: дистимоепілептичні та істероепілептичні зміни особистості передують розвитку афективних, афективно-маячних психозів, зміни особистості експлозивного типу можуть супроводжувати розвиток будь-яких альтернативних психозів за клінічними проявами, а шизоепілептичні (маячні) специфічні зміни особистості спостерігаються переважно при виникненні маячних та галюцинаторно-маячних психотичних станів.

Список літератури

1. Воронкова К. В., Пылаева О. А. Изменение высших психических функций под воздействием антиэпилептических препаратов у больных эпилепсией // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — Т. 6, вып. 1. — С. 45—53.
2. Казаковцев Б. А. Психические расстройства при эпилепсии. — М., 1999. — 416 с.
3. Болдырев А. И. Психические особенности больных эпилепсией. — М.: Медицина, 2000. — 384 с.
4. Голубков О. З. Структура стойких изменений психики при эпилепсии // Вісник епілептіології. — 2003, № 2 (5—6). — С. 3—16.
5. Голубков О., Иванов Н., Пастухова Т. К вопросу клиники и патогенеза эпилептических психозов // II Міжнар. конф. укр. протіепілептичної ліги. — К., 1998. — С. 20.
6. Голубков О. З., Иванов М. Д., Саржевський С. Н. та ін. Хронічні зміни особистості — специфіка епілептичної хвороби // Вісник епілептіології. — 2002, № 1(1). — С. 55—56.
7. Trimble M. A neurobiological perspective of the behaviour disorders of epilepsy. In: Ron M. A., David A. S. Disorders of Brain and Mind. — Cambridge University Press, 1998. — P. 233—251.
8. Мельник В. И. Эпилепсия в судебно-психиатрической клинике. — К.: Науковий світ, 2005. — С. 10—23.

9. Голодец Р. Г., Авербах Я. К., Афанасьев Ю. И. К вопросу течения, генеза и терапии эпилептических психозов // VII Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. — М., 1981. — Т. 3. — С. 134.

10. Богословский А. А. Психологический анализ и диагностика эпилептоидной личности // Вісник епілептіології. — № 2 (2). — 2002. — С. 27—36.

11. Тальце М. Ф. Особенности эпилептического слабоумия. — М., 1954. — 145 с.

12. Болдырев А. И. Патоморфоз личностных изменений у больных эпилепсией // Журнал невропатол. и психиатр. — 1989. — № 6. — С. 50—53.

13. Nathaniel-James D. A., Brown R. G., Maier M., Mellers J., Toone B., Ron M. A. Cognitive abnormalities in schizophrenia and schizophrenia-like psychosis of epilepsy // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. — 2004. — Vol. 6, № 4. — P. 472—479.

14. Brooks D. N., McKinlay W. Personality and behavioural change after severe blunt head injury — a relative's view // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. — Vol. 46. — P. 336—344.

Надійшла до редакції 5.09.2007 р.

С. Г. Носов

Клинические особенности специфических изменений личности, деменции и альтернативных эпилептических психозов

Днепропетровская государственная медицинская академия

В статье освещаются вопросы особенностей возникновения различных клинических вариантов альтернативных эпилептических психозов в патогенетической связи с разными клиническими типами специфических изменений личности и эпилептической деменции.

S. G. Nosov

Clinical peculiarities of specific changes of the personality, dementia and alternative epileptic psychoses

Dnipropetrovsk State Medical Academy

This article is devoted to the research data of peculiarities of development of different clinical types of alternative epileptic psychoses in pathogenic relations with different clinical types of specific personality epileptic disorders and epileptic dementia.

УДК 616.89-008.454

В. І. Пришляк, О. О. Фільц

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького (м. Львів)

АЛЕКСИФІЛІЯ І ПСЕВДОСУЇЦИДАЛЬНІСТЬ — СПРОБА ОПИСУ НОВИХ КЛІНІЧНИХ ФЕНОМЕНІВ ПРИ ХРОНІФІКОВАНИХ ДЕПРЕСІЯХ

Хроніфіковані депресії віддавна становлять важливу і самостійну психіатричну проблему [21]. Попри значну зацікавленість дослідників цим питанням, на сьогодні доводиться констатувати відсутність єдиної концепції хроніфікованих депресій і чіткого розуміння механізмів хроніфікації [5, 19, 20]. Одним із головних напрямків вивчення хронічних депресій є дослідження клініки цих станів, зокрема, з метою виявлення клінічних предикторів, які вже на ранніх стадіях сигналізували б про можливу хроніфікацію [1—4, 9, 10]. В літературі описана велика кількість різних депресивних синдромів [1, 2, 5, 7, 8], окремих специфічних симптомів [2, 3, 9, 11—14], форм перебігу [2, 13, 14, 17, 18], характерних для хронічних депресій, які вражають своєю різноманітністю і неоднорідністю.

Разом з тим, серед домінуючої кількості клінічних досліджень практично не приділяється уваги вивченню

суб'єктивних переживань пацієнтів, які, на нашу думку, могли б дати певні «ключі» до розуміння сутності таких депресій та механізмів їх формування.

У окремій статті* ми виявили, що важливим фактором хроніфікації є специфічна для таких хворих психотравма, яку ми назвали «ударом по самоповазі» і спробували обґрунтувати один з можливих механізмів хроніфікації депресій, який полягає в тому, що психотравма спричиняє зниження самооцінки, провокує депресію і запускає «замкнуте коло», яке базується на взаємній підтримці ендогенного та психогенного факторів. Це призводить до фіксації депресивних проявів, зокрема почуття власної «меншовартості», яке є центральним переживанням хворих на хронічні депресії.

* Подана до друку в «Журнал психіатрії та медичної психології». Пропонований номер 1 (18). — 2008.

Описаний механізм відіграє важливу роль і в процесі лікування таких хворих, коли вони внаслідок деяких своїх психологічних особливостей провокують загострення стосунків з лікарями і тим самим позбавляють себе їх підтримки, що є ятрогенною знецінюючою психотравмою і відіграє суттєву роль у підтриманні депресії та «провалі» лікування.

У цій статті ми продовжимо опис виявлених нами клінічних особливостей хроніфікованих депресій, порівняв у суб'єктивній сфері пацієнтів, оскільки саме такий ракурс є на сьогодні найменш вивченим і найбільш перспективним для виявлення «прихованих» клінічних предикторів хроніфікації.

Метою нашого дослідження є виявлення і дослідження не описаних досі клінічних проявів, характерних для депресій із хронічним перебігом.

Завдання: 1) з'ясувати особливості суб'єктивних переживань власного стану відібраними в дослідження пацієнтами; 2) дослідити зміст скарг пацієнтів; 3) виділити нові симптоми, характерні для клінічної картини хроніфікованих депресій.

Враховуючи специфіку дослідження, яка полягає в тому, що ми шукаємо нові, не з'ясовані досі, клінічні ознаки хроніфікованих депресій, головний метод дослідження — клінічно-описовий (дескриптивний).

Нами було відібрано 76 хворих на хроніфіковані депресії, пацієнтів Львівської обласної державної клінічної психіатричної лікарні (19 хворих), 2-го клінічного відділення Львівського міського ПНД (41 хворий), приватної спеціалізованої «Астра МІА», м. Тернопіль (16 хворих). Однак, у зв'язку із негативним комплайенсом 28 пацієнтів відмовились від участі у дослідженні. Тому матеріалом дослідження стали 48 пацієнтів (співвідношення жінок до чоловіків становило 34 : 14). Така невелика вибірка, проте, цілком відповідає потребам дослідження, адже наявні в літературі дослідження описового характеру здебільшого обмежуються вибіркою до 30 пацієнтів.

Кожен з відібраних пацієнтів був обстежений психопатологічно з детальним описом усіх клінічних феноменів, вивченням анамнезу. Особлива увага зверталась на емоції та переживання, пов'язані з важливими особами та подіями в житті пацієнтів, дослідження обставин, які передували захворюванню, особливостей суб'єктивного переживання пацієнтом свого стану та процесу лікування. Під час обстеження пацієнтів використовувались також психологічно-експериментальні методики (шкала Гамільтона, опитувальник SCL-90, напівструктуроване клінічне інтерв'ю SKID-2).

Отримані дані склали основу інтегральної історії хвороби. Кожну історію було подано на консилиум за участю співробітників кафедри психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти Львівського державного медичного університету та лікарів стаціонару. Під час консилиуму проводився детальний психопатологічний аналіз випадку та приймалось рішення щодо включення пацієнта в дослідження.

Для того, щоб з'ясувати, наскільки виявлені в процесі дослідження клінічні особливості та переживання хворих були характерними саме для депресій із хронічним перебігом, нами додатково було обстежено за тією ж методикою ще 16 пацієнтів із перебігом депресії у вигляді коротких фаз, тривалістю до 6 місяців. 12 з цих пацієнтів були включені в контрольну клінічну групу

для перевірки клінічних відмінностей між депресіями з хронічним та фазним перебігом.

У цій статті ми зосередимо увагу на такому: 1) особливості суб'єктивного переживання пацієнтом власної хвороби; 2) специфіка вираження цих переживань у скаргах пацієнтів; 3) психопатологічно-дескриптивні характеристики двох клінічних особливостей хронічних депресій, які досі не були описані в наявній літературі: *алексифілії та псевдосуїцидальності*.

Слід зазначити, що оскільки наше дослідження мало на меті пошук нових, дотепер не описаних клінічних феноменів, результати його ґрунтуються не на даних тестів і опитувальників, а на дескриптивних картинах окремих випадків.

1. Суб'єктивне переживання хворим свого стану.

Під час розпитування хворих про їх самопочуття виявилось, що у переживанні ними свого депресивного стану центральне місце займає відчуття власної «меншовартості» (в значенні «гіршості» за інших людей), яке декларували усі без винятку обстежені пацієнти. Це відчуття більшість із них пов'язували із власною неспроможністю та непрацездатністю, неможливістю самореалізовуватись і самостверджуватись внаслідок хвороби. Пацієнти відчували сором за свою пасивність і «лінь», у зв'язку з чим на початку хвороби у більшості з них виявлялись періоди, протягом яких вони намагались переборювати себе і продовжувати активне життя.

Почуття вини не є характерним для переживань таких хворих, а якщо деякі з них і відмічають його, то тільки в контексті своєї бездіяльності: «занедбав подарунок, не доглядаю дітей, не забезпечую сім'ю, не заробляю грошей». Іншими словами, пацієнти вважають себе винними за свою пасивність і бездіяльність, але ця «вина» не має забарвлення ненависті до самого себе і самокартання, а служить швидше для виправдання своєї пасивності і пом'якшення нестерпності сорому. Декларуючи «почуття вини», пацієнти ніби вибачаються перед близькими і дають зрозуміти, що прекрасно усвідомлюють «негідність» своєї поведінки, але нічого не можуть зробити через хворобу. Така позиція пацієнтів часто проявляється у скаргах на те, що їх «ніхто не розуміє», радять «взяти себе в руки», через що вони відчують найбільше роздратування.

Таким чином, характерне для класичної депресії почуття вини у хворих на хроніфіковані депресії замінюється відчуттям сорому, власної «меншовартості» часто з відтінком жалю до самого себе і відчуттям несправедливого страждання: «ну чому я така хвора, за що?».

Проаналізувавши суб'єктивне переживання хвороби і моделі поведінки у пацієнтів з різною тривалістю хвороби, ми зауважили тенденцію до зміни двох послідовних «позицій» хворих у перебігу хронічної депресії: 1) активної боротьби з хворобою, коли пацієнт намагається взяти себе в руки, шукає допомоги в лікарів, часто пов'язує свій стан з соматичним нездужанням, перевантаженням, стресами, ще вірить у можливість відновити нормальний стан; 2) «депресивного існування», екзистенційної депресії, яка проявляється розчаруванням, втратою віри в одужання, сенсу життя, замиренням зі своєю долею, прагненням інвалідності як єдиного способу «приносити хоч якусь користь». Очевидно, що такий поділ є достатньо умовним, оскільки перехід від першої до другої позиції відбувається дуже поступово і у переживаннях пацієнтів, як правило, виявляються ознаки обох стадій.

2. Скарги. Описані переживання хворих на хроніфіковані депресії впливають і на зміст скарг таких пацієнтів. Основні скарги, які обстежені пацієнти висловлювали в першу чергу, можна згрупувати у 3 головних кластери (див. таблицю).

Типові скарги пацієнтів з хронічними депресіями

Кластери скарг	Приклади скарг у пацієнтів
1) Скарги, пов'язані із неспроможністю, непрацездатністю	— не можу примусити себе нічого робити — нема бажання до роботи, відразу до роботи — не можу встати з ліжка, сильна слабкість — сильна лінь, «мене кладе», «мені не дає робити» — нема натхнення, задоволення від роботи, все роблю через силу
2) Скарги на неприємні внутрішні відчуття	— важкість в тілі, голові, кінцівках — туман, несвіжість в голові — тиск, нудь, важкість, печія, тягар в грудях, — нудота, важкість в шлунку — внутрішня напруженість, «ніби кожна клітина тремтить», «усередині щось мучить, колотиться» — неспокій, «кудись би йшов», «хочеться плакати», «нерви», «відчуваю депресію»
3) Незадоволеність життям (включає ангедонію, суїцидальність)	— нема заради чого жити, не хочу так жити — це не життя, а існування, вже краще померти — мені все життя не щастить, «нешаслива доля» — нема радості, жодного задоволення від життя

1) Скарги на непрацездатність і неспроможність є найбільш характерними для досліджуваної групи хворих і висловлювались у тій чи іншій формі всіма обстеженими пацієнтами. Під час дослідження анамнезу звертає на себе увагу той факт, що періоди погіршення свого стану пацієнти пов'язують в першу чергу з неможливістю працювати, виконувати роботу по господарству, а періоди покращання, як правило, означаються тим, що пацієнти змогли «щось зробити», «приступили до роботи». Скарги на непрацездатність пацієнтів під час депресії, на нашу думку, безпосередньо пов'язані із описаними вище переживанням власної «меншовартості» і сорому, оскільки саме через свою пасивність вони найбільше почувають сором. Таким чином, пацієнти фактично не здатні ствердити власну «вартість».

2) Друга за частотою є група скарг пацієнтів, що описують різноманітні їхні внутрішні відчуття, які граничать із деперсоналізацією та сенестопатіями і додають атиповості в клінічну картину депресій. Ця група скарг відображає відчуття власної змінності хворих.

3) У той час як перші дві групи скарг найчастіше поєднувались на ранніх стадіях хроніфікації, третя група набирає дедалі більшої ваги зі збільшенням тривалості депресії і переходом на стадію «депресивного існування», що характеризується втратою надії на одужання та екзистенційною кризою пацієнтів. Тоді ж, як правило, виникали і суїцидальні роздуми.

Знаковим і характерним є той факт, що скарги описаних нами кластерів відсували на задній план емоційний компонент скарг — відчуття зниженого настрою, суму, нудьги, тривоги — ці переживання висловлювались вже у другу чергу або і взагалі не декларувались,

хоча завжди виявлялись під час цілеспрямованого розпитування.

3. Алексифілія. Описана нами «вторинність» суто емоційного компонента депресії у скаргах та суб'єктивних переживаннях досліджених хворих є не лише характерною «атиповою» рисою клінічної картини хроніфікованих депресій, а і проявом загального, характерного для таких пацієнтів, способу вербалізації свого емоційного досвіду.

Під час спілкування з пацієнтами привертала увагу їхня схильність уникати опису як своїх актуальних емоцій, так і емоційного досвіду взагалі. Така позиція проявлялась також підкресленою прагматичністю і раціональністю мислення, емоційною «сухістю» одних хворих, емоційною «неширістю» та «поверховістю» інших. Під час проведення анамнестичного дослідження і діагностичного інтерв'ю SKID-2* у всіх пацієнтів виникали труднощі з описом їхніх емоційних реакцій на ті чи інші події. Пацієнти всіляко демонстрували своє небажання до опису та пояснення власних переживань, були схильні говорити про свої роздуми, вчинки, навіть цитували інших людей, але всіляко уникали конкретного опису власних емоцій. Подібні труднощі виникали і під час опису їхнього ставлення до інших людей і стосунків з ними.

Крім того, хворі часто взагалі не визнавали факту, що могли керуватись якимись емоціями в таких життєвих ситуаціях, як вибір професії, одруження чи стосунки з особою протилежної статі, сімейні конфлікти. Складається враження, що всі їхні вчинки підпорядковані лише раціональним та прагматичним міркуванням. Типовими відповідями пацієнтів на питання щодо їх емоцій були такі: «коли це сталося, я подумала...», «я вирішив, що не варто цим перейматися», «сказала собі, що не буду плакати», «а як би Ви себе почували, якби Вам таке сказали?..», «мені було недобре», «нормально», «відчувала дискомфорт», «я кричала і плакала», «відчувала, що мене не розуміють» тощо. Деякі пацієнти відкрито заявляли про небажання відповідати на такі запитання, вважаючи, що це не суттєво, не має відношення до лікування, що спогади про емоційні події та «копання» в емоціях викликають зайве хвилювання і погіршують їхнє самопочуття.

Вищеописані особливості емоційної сфери зовні нагадують картину алекситимії — клінічного явища, характерного для соматоформних і психосоматичних розладів, яке виявляється у неспроможності пацієнтів диференціювати і описувати вербально власні емоційні переживання [15, 16]. Однак, під час детальнішого і наполегливішого розпитування вдається з'ясувати, що здатність хворих з хронічними депресіями розпізнавати та називати свої емоції насправді є збереженою. Натомість, вони активно не бажають описувати і аналізувати свої переживання, соромляться та ігнорують їх, що створює картину «зашореності», прихованості емоційного життя. Тому цю особливість афективної сфери пацієнтів можна вважати псевдоалекситимією, яку ми пропонуємо називати **алексифілією** (від грецьк. *a* — частка заперечення, *lexis* — мова, *philia* — любов, схильність), тобто схильністю не говорити про емоції, прагненням до алекситимічної позиції.

* Результати SKID-2 будуть описані в окремій статті, присвяченій особистісним проявам пацієнтів).

4. Псевдосуїцидальність. Ще однією виявленою нами клінічною особливістю пацієнтів із хронікованими депресіями є специфіка їхніх суїцидальних тенденцій.

Як уже зазначалося, з анамнезу пацієнтів відомо, що суїцидальні думки починали з'являтися у них, як правило, через кілька років тривалості депресії і безуспішних спроб вилікуватися чи якось дати собі з цим раду. Виникнення суїцидальних роздумів було ознакою розчарування, зневіри і початком стадії «депресивного існування», коли життя втратило сенс через те, що пацієнти втратили бажання ствердити свою «самоартість».

Саме відчуття «меншовартості» і пов'язаного із ним сорому є центральними переживаннями обстежених пацієнтів з хронікованими депресіями. Як вже зазначалося, ці відчуття заміщують характерне для типових ендогенних депресій почуття вини. Відсутність меланхолічного почуття вини з ненавистю до себе і відсутність бажання вбити себе, очевидно, є причиною того, що жоден із обстежених хворих не вчиняв навіть спроб самогубства. Разом з тим, 33 із 48 пацієнтів відмічали наявність суїцидальних думок, а деякі навіть активно (часто демонстративно) це декларували. Однак, під час детальнішого спілкування з пацієнтами з'ясувалось, що суїцидальні роздуми були радше «теоретичного характеру», пасивні («от би щось зі мною сталося, і я вмерла») і були скоріше декларацією відсутності сенсу життя, ніж реальними намірами («не хочу так жити, краще було б померти»). Більшість обстежених хворих погоджувалась з тим, що, попри всі ці роздуми, ніколи б не наважилися на самогубство.

У пацієнтів, відібраних у дослідження, був досить високий «антисуїцидальний бар'єр» у вигляді сорому за таку поведінку, яка в уявленні хворих є характерною для психічнохворих та слабких людей, відповідальності перед близькими, яких це засмутило б, або які б цього не схвалювали, моральних, релігійних переконань (негативне ставлення до самогубців) і, зрештою, страху смерті та болю.

У зв'язку з таким «теоретичним» характером суїцидальних тенденцій ми пропонуємо називати дані клінічні особливості, характерні для хронікованих депресій, псевдосуїцидальністю.

5. Контрольні клінічні випадки. В контексті даної статті контрольна клінічна група пацієнтів із фазним (не хронічним) перебігом депресивних розладів цікавила нас, головним чином, в плані перевірки специфічності виявлених клінічних феноменів, зокрема, алексифілії, для хронічних депресій. Така зосередженість саме на алексифілії пояснюється тим фактом, що цей клінічний феномен спостерігався в усіх без винятку пацієнтів з хронікованими депресіями, включених у дослідження, тоді як псевдосуїцидальність можна було констатувати лише у 33 з 48 пацієнтів, що може свідчити про недостатню специфічність цього симптому.

Під час обстеження контрольних пацієнтів за описаною методикою зверталась особлива увага на вербалізацію ними власного емоційного досвіду. З'ясувалось, що всі хворі із фазними депресіями як у спонтанній мові, так і при відповідях на цілеспрямовані запитання досить легко називали і описували власні емоційні переживання. Деякі труднощі виникали лише у пацієнтів з більш вираженою психомоторною загальмованістю, але і такі хворі не протестували проти розпитування

і, у міру можливості, намагались співпрацювати. Жоден із 12 контрольних пацієнтів не виявляв активного небажання до рефлексії власних емоцій.

Таким чином, у всіх 12 пацієнтів контрольної групи не спостерігалось ознак алексифілії, що дає підставу вважати цей клінічний феномен характерною ознакою і надійним критерієм хронічного перебігу депресивних розладів.

Як бачимо, суб'єктивні переживання й їх вербалізація у пацієнтів з хронікованими депресіями мають деякі особливості. Відмінність від випадків із «класичними» депресіями полягає, перш за все, у тому, що центральними є переживання власної неспроможності, непрацездатності, «меншовартості» і пов'язані з ними сором та заздрість до здорових людей. Як відмічалось, почуття вини є нехарактерним для досліджуваних пацієнтів, самозвинувачення використовуються радше як захист, «прикриття» від нестерпного сорому за власну пасивність і «меншовартість».

Відчуття власної нікчемності, яке при депресіях є первинним і еґо-синтонним (тобто «спаяним» з власним «Я» і сприймається як об'єктивна реальність) у досліджуваних пацієнтів пов'язувалось тільки з наявністю хвороби, яка не дозволяє працювати, почуватися здоровим, корисним, жити повноцінним життям, і було еґо-дистонним (відділеним від «Я», з яким пацієнт не хоче миритись). Можемо припустити, що з цими особливостями хронікованих депресій пов'язаний такий, описаний іншими авторами [9, 12] симптом, як «скерованість назовні вектора вини».

Із відсутністю у пацієнтів справжнього «меланхолічного» почуття вини ми пов'язуємо і специфічний характер суїцидальних тенденцій в обстежених пацієнтів, названий нами псевдосуїцидальністю. Псевдосуїцидальність — це наявність у пацієнта суїцидальних роздумів і фантазій при відсутності реальних суїцидальних спроб і намірів завдяки високому рівню антисуїцидального бар'єру, який усвідомлюється самим пацієнтом. Суїцидальні думки є радше проявом втрати сенсу життя (особливо на пізній стадії хроніфікації), ніж бажання себе вбити.

Вартом уваги є і той факт, що скарги на непрацездатність, фізичну слабкість та різні важкодіференційовні внутрішні відчуття відтісняють на другий план емоційні прояви (сум, нудьга, тривога, знижений настрій, безрадісність) і створюють атипову картину депресії, яка через це часто не розпізнається на ранніх стадіях, у зв'язку з чим пацієнти лікуються у лікарів загальної практики. Така «вторинність» емоційних переживань, на нашу думку, є наслідком надмірної раціоналізації почуття власної «меншовартості» та зосередженості на соматичному компоненті вітальних симптомів депресії.

Підґрунтям цих особливостей є вперше описана нами, характерна для досліджуваних пацієнтів, особливість вербалізації емоційного досвіду, що названа нами алексифілією (прагненням до алекситимічної позиції). Алексифілія — це схильність пацієнта до уникання рефлексії власного емоційного досвіду при об'єктивно збереженій здатності до розпізнавання власних емоцій. Причин такої позиції, очевидно, слід шукати як у клінічній, так і у психодинамічній площині. Можна припустити, що: а) ігнорування й уникання рефлексії власних емоцій пов'язане з глибинним страхом перед усвідомленням почуттів, які асоційовані з нестерпним відчуттям власної слабкості і «меншовартості»; б) від-

чуття «невиліковності» і неможливість повернутися до бездепресивного емоційного досвіду схиляє пацієнтів до активного уникання вербалізації такого досвіду (про це особливо свідчать контрольні клінічні випадки нехронічних, «фазних», депресій, у яких алексифілії нами не виявлено); в) підґрунтям алексифілічної позиції є, імовірно, нарцисистичне ураження гідності, при якому вербалізація власних депресивних переживань є додатковою травмою.

Описані в цій статті клінічні особливості хроніфікованих депресій цілком вкладаються у висунуту нами в попередній публікації концепцію хроніфікації як результату замкнутого кола взаємопідтримки ендогенних та реактивних (а отже й особистісних) чинників. Центральною ланкою у цьому механізмі і базовим переживанням при хроніфікованих депресіях є почуття власної «меншовартості», яке, у свою чергу, визначає зміст скарг та є причетним до таких клінічних особливостей, як алексифілія і втрата сенсу життя (а отже і псевдосуїцидальність). Очевидно, що пояснення такої важливої ролі зниження «самоцінності» у клініці та перебігу хронічних депресій слід шукати в особистісній сфері пацієнтів.

Отже, нами виявлено такі клінічні особливості, властиві депресіям із хронічним перебігом.

1. Відчуття власної «меншовартості» є центральним переживанням депресії обстежених пацієнтів.

2. Почуття вини, характерне для класичних депресій, заміщалося у обстежених пацієнтів почуттям сорому за свою неспроможність і «меншовартість».

3. Скарги на неспроможність, непрацездатність, «меншовартість» та різні малодиференційовані внутрішні відчуття відтісняють на другий план емоційний компонент скарг.

4. Алексифілія — схильність хворих на хроніфіковані депресії до уникання рефлексії власного емоційного досвіду при об'єктивно збереженій здатності розпізнавати і називати свої емоції.

5. Псевдосуїцидальність — наявність у пацієнта суїцидальних роздумів і фантазій при відсутності реальних суїцидальних спроб і намірів завдяки високому рівню антисуїцидального бар'єру, який усвідомлюється самим пацієнтом.

Список літератури

1. Вертоградова О. П. Общие принципы терапии и прогноза депрессий // Психопатологические и патогенетические аспекты прогноза и терапии депрессий. — М., 1983. — С. 5—10.
2. Вовин Р. Я., Аксенова И. О. Затяжные депрессивные состояния. — Л.: Медицина, 1982. — 191 с.
3. Войцех В. Ф. О критериях прогноза депрессии // Журнал невропатол. и психиатр. — 1990. — Т. 90. — № 4. — С. 71—75.
4. Дикая Т. И. К вопросу о длительных многолетних депрессиях: клинико-психопатологические особенности и дифференциация затяжных депрессий // Психиатрия. — № 4. — М., 2004. — С. 48—54.
5. Дмитриева Т. Б., Харитоновна Н. К. О факторах, обуславливающих затяжное течение психогенных депрессий // Профилактика общественно опасных действий психически больных. — М., 1986. — С. 68—75.
6. Зорин В. Ю. Формирующиеся в условиях стрессогенной ситуации затяжные депрессивные состояния // Журнал невропатол. и психиатр. — 1996. — № 6. — С. 23—27.
7. Ильина Н. А. Психопатология деперсонализационной депрессии // Там же. — 1999. — Т. 99. — № 7. — С. 21—25.
8. Мосолов С. И. Клиническое применение современных антидепрессантов. — СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. — 568 с.

9. Пуховский А. А. О некоторых клинико-психопатологических аспектах хронических депрессий // Журнал невропатол. и психиатр. — 1993. — Т. 93, № 2. — С. 68—73.

10. Пчелина А. Л. Психопатология затяжных эндогенных депрессий // Там же. — 1979. — № 12. — С. 1708—1712.

11. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М.: Мед. информационное агентство, 2003. — 429 с.

12. Тиганов А. С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики. Депрессия и коморбидные расстройства. — М., 1997. — С. 12—26.

13. Akiskal H. S., Dong King, Rosenthal T. L. Chronic Depressions // J. Affect. Dis. — 1981. — № 3. — P. 183—192.

14. Asnis G. M., McGinn L. K., Sanderson W. C. Atypical depression: clinical aspects and noradrenergic function // Am. J. Psychiatry. — 1995. — Vol. 152. — P. 31—36.

15. Benedetti G. Beitrag zum Problem der Alexithymie // Nervenarzt. — 1980. — № 51. — S. 534—541.

16. Gundel H., Ceballos-Baumann A. O., von Rad M. Aktuelles zu psychodynamischen und neurobiologischen Einflussfaktoren in der Genese der Alexithymie // Psychoter. Psych. Med. — 2002. — № 52. — S. 479—486.

17. Miller I., Norman W., Dow M. Psychosocial characteristics of "Double Depression" // Amer. J. Psychiat. — 1986. — Vol. 143, № 8. — P. 1042—1044.

18. Nierenberg A. A., Alpert J. E., Pava J., Rosenbaum J. F., Fava M. Course and treatment of atypical depression // J. Clin. Psychiatry. — 1999. — Vol. 59. — P. 5—9.

19. Schrader G. Chronic depression: state or trait? // J. Nerv. Ment. Dis. — 1994. — V. 182. — P. 552—555.

20. Weissman M. Acute and chronic depressions and depressive personality. In: Clinical depressions: diagnostic and therapeutic challenges / Ed. J. Frank. — Baltimore, 1980.

21. Weitbrecht H. J. Die chronische Depression // Wien. Zschr. Nervenarzt. — 1967. — Bd. 24, № 4. — S. 265—272.

Надійшла до редакції 25.10.2007 р.

В. И. Пришляк, А. О. Фильц

Алексифилия и псевдосуицидальность — попытка описания новых клинических феноменов при хронических депрессиях

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого (г. Львов)

В статье исследованы особенности субъективных переживаний пациентов с хроническими депрессиями. Подчеркивается центральное значение чувства стыда и собственной неполноценности в переживаниях таких больных. Выделены три группы жалоб пациентов с хроническими депрессиями. Описаны два новых клинических феномена при хронических депрессиях: алексифилия (активное избегание описания и обсуждения собственных эмоций) и псевдосуицидальность (декларация суицидальных размышлений и фантазий без реальных планов и попыток самоубийства).

V. I. Pryshlyak, O. O. Fil'ts

Alexiphilia and pseudosuicidality — an attempt of description of new clinical phenomena in chronic depression

L'viv National medical University named after Danyla Halatsky (L'viv)

In the article authors studied the peculiarities of subjective perception of chronic depression by patients. The main feelings of patients with chronic depression considered to be the shame and less of self appraisal. Three groups of complains are pointed out for the patients with chronic depression. Authors also described two new clinical phenomena that are usual for chronic depressions: alexiphilia (the avoidance of description and the discussion of emotions) and pseudosuicidality (suicidal declarations without real suicidal attempts and plans).