

С. Г. Носов, доцент кафедри психіатрії ФПО
Дніпропетровська державна медична академія (м. Дніпропетровськ)

КЛІНІЧНА СТРУКТУРА СПЕЦИФІЧНИХ ЗМІН ОСОБИСТОСТІ, ДЕМЕНЦІЇ ТА АЛЬТЕРНАТИВНИХ ЕПІЛЕПТИЧНИХ ПСИХОЗІВ

Необхідність розробки обраної теми дослідження полягає в недостатній вивченості закономірностей виникнення різних клінічних варіантів альтернативних психозів з різними типами перебігу і шляхами формування психотичних станів у патогенетичному зв'язку з різними клінічними типами специфічних для епілепсії змін особистості або деменції [1, 4—7]. Існуючі в літературі дані [2, 3, 8—13] стосовно цих питань є нечисленними, несистематизованими, нерідко протилежними і не становлять собою системних знань з цього приводу, які змогли б допомогти у діагностиці, прогнозі та призначенні ефективних лікувальних заходів хворим на альтернативні епілептичні психози.

Метою наукової роботи є визначення клініко-патогенетичного взаємозв'язку формування різних клінічних варіантів альтернативних епілептичних психозів з транзиторним, нападаподібним та хронічним перебігом з різними клінічними типами специфічних для епілепсії змін особистості та деменції.

Задачі дослідження:

1. Визначити клінічні прояви специфічних для епілепсії змін особистості, деменції, у клініко-патогенетичному зв'язку з якими відбувається формування альтернативних епілептичних психозів з різними клінічними проявами та типами перебігу.

2. Визначити особливості та закономірності клінічного взаємозв'язку альтернативних епілептичних психозів з різними типами перебігу і клінічних типів специфічних для епілепсії змін особистості та деменції.

Нами було обстежено 60 хворих (43 чоловіки та 17 жінок) віком від 19 до 50 років, що страждають на епілептичні психози (F 06 за МКХ-10) з альтернативним типом формування і провідними афективно-маячними та галюцинаторно-маячними розладами. Загальна діагностика епілептичних психозів відбувалась на підставі клініко-нейрофізіологічних критеріїв [2—4, 7, 8]. В усіх хворих під час розвитку епілептичних психозів спостерігався різного ступеня вираженості феномен «насильницької нормалізації ЕЕГ» у вигляді зменшення, аж до повного зникнення, проявів епілептичної активності, яка реєструвалась під час епілептичних нападів.

З дослідження виключались хворі на неепілептичні психози, хворі з наявним перебігом церебрального органічного процесу (наприклад, пухлина головного мозку), з наявністю гострого або хронічного у стані декомпенсації соматичного захворювання, яке б могло проявитися симптоматичними (соматогенними) психічними розладами, а також хворі з алкогольною та наркотичною залежністю.

Серед обстежених нами були виділені 2 групи хворих на альтернативні епілептичні психози. Перша група досліджених хворих (23 чол.) характеризувалась тим, що у них епілептичні психози розвивались з повним альтернуванням по відношенню до епілептичних нападів (тобто спостерігалось повне припинення нападів перед розвитком психозу), ці стани були названі альтернативними психозами 1 типу.

Хворі першої групи дослідження розподілялись на дві підгрупи з урахуванням повноти та швидкості (одночасності або поступовості) припинення епілептичних нападів при формуванні альтернативних психозів: підгрупа 1(1) з повним та одночасним припиненням епілептичних нападів (17 чол.) та підгрупа 1(2) з повним, але поступовим припиненням певних типів нападів і розвитком альтернативного психозу (6 чол.).

Друга група досліджених хворих (37 чол.) характеризувалась неповним (не менше, ніж на 50 % порівняно з первинною частотою) та поступовим припиненням епілептичних нападів і розвитком альтернативних психозів 2 типу.

На підставі проведеного дослідження були виявлені такі клініко-патогенетичні закономірності редукції епілептичних нападів і подальшого розвитку альтернативних епілептичних психозів у хворих обох груп, враховуючи транзиторний, нападаподібний та хронічний перебіг психотичних станів: повне та одночасне припинення епілептичних нападів і швидкий (протягом наступних 1—2 діб) розвиток альтернативного психозу з феноменом «насильницької нормалізації ЕЕГ», повне і поступове припинення епілептичних нападів протягом місяця з подальшим поступовим розвитком альтернативного психозу на фоні декількох останніх нападів зі зменшенням їх частоти (протягом до 1—3 тижнів) з подальшим їх повним припиненням, а також неповне і поступове зменшення частоти епілептичних нападів (на 50 % і більше порівняно з попередньою частотою) з подальшим розвитком альтернативного психозу на фоні нападів, що повторюються.

В роботі використовувались клініко-психометричний, клініко-психопатологічний та клініко-катамнестичний (з терміном спостереження хворих від 1 до 3 років) методи. Клініко-психометричний метод передбачав використання шкали Personality Inventory для оцінки проявів патології особистості при органічній патології головного мозку [14]. Обстеження хворих за допомогою психометричної шкали відбувалось одночасно на початку дослідження.

Дослідження, насамперед, передбачало визначення клінічних типів та проявів специфічних змін особистості, які спостерігались у хворих на епілепсію з розвитком альтернативних психозів. Виявлено, що у 10 хворих спостерігався істероепілептичний тип специфічних змін особистості, дистимоепілептичний тип специфічних змін особистості був виявлений у 7 хворих, експлозивний тип змін особистості — у 31 хворого, експлозивний варіант легкого ступеня епілептичної деменції — у 3 хворих, а шизоепілептичний (маячний) тип специфічних змін особистості спостерігався у 9 хворих на епілепсію з альтернативними психозами.

Загальна клінічна характеристика зазначених типів специфічних змін особистості та деменції наведена в таблицях 1—4.

Таблиця 1

Клінічна характеристика істероепілетичного варіанту специфічних змін особистості, у патогенетичному зв'язку з якими виникали альтернативні психози у хворих на епілепсію (середні показники за шкалою Personality Inventory) (n = 10)

Риси особистості	Ступінь вираженості (в балах)					Риси особистості
	+2	+1	0	-1	-2	
	Кількість випадків, %					
Балакучість	80	20				Мовчазність
Подразливий	30	80				Спокійний
Емоційний	90	10				Беземоційний
Товариський	4	60				Нетовариський
Нещасний	30	40	10	10	10	Щасливий
Енергійний	40	40		20		Повільний
Приземлений		40		60		Мрійник
Необережний	10	20		60	10	Обережний
Охайний	20	50		20	10	Неохайний
Безініціативний		30		50	20	Ентузіаст
Зрілий		10		50	40	Інфантильний
Чутливий	40	50		10		Нечутливий
Жорстокий	30	40		30		Легічний
Щедрий	10	30		50	10	Скупий
Безтурботний	20	30		40	10	Розважливий
Постійний у поглядах	10	20		40	30	Мінливий у поглядах
Злопам'ятний	40	60		10		Незлопам'ятний
Релігійний		40	50	10		Атеїстичний
Відвертий		10		50	40	Догідливий

Таблиця 2

Клінічна характеристика дистимоепілетичного варіанту специфічних змін особистості, у патогенетичному зв'язку з якими виникали альтернативні психози у хворих на епілепсію (середні показники за шкалою Personality Inventory) (n = 7)

Риси особистості	Ступінь вираженості (в балах)					Риси особистості
	+2	+1	0	-1	-2	
	Кількість випадків, %					
Балакучість				61	39	Мовчазність
Подразливий		11		50	39	Спокійний
Емоційний		8		60	22	Беземоційний
Товариський	5	25		61	9	Нетовариський
Нещасний	33	50		10	7	Щасливий
Енергійний		22		56	22	Повільний
Приземлений	20	53		27		Мрійник
Необережний		14		45	41	Обережний
Охайний	32	64		4		Неохайний
Безініціативний	27	67		6		Ентузіаст
Зрілий	24	28		48		Інфантильний
Чутливий	16	39		26	19	Нечутливий
Жорстокий	23	41		36		Легічний
Щедрий	11	28		48	13	Скупий
Безтурботний	10	14		40	36	Розважливий
Постійний у поглядах	24	46		23	7	Мінливий у поглядах
Злопам'ятний	36	46		18		Незлопам'ятний
Релігійний		48	29	23		Атеїстичний
Відвертий	2	21		42	35	Догідливий

Таблиця 3

Клінічна характеристика експлозивного варіанту специфічних змін особистості, у патогенетичному зв'язку з якими виникали альтернативні психози у хворих на епілепсію (середні показники за шкалою Personality Inventory) (n = 34, з них експлозивна деменція легкого ступеня вираженості — 3 хворих)

Риси особистості	Ступінь вираженості (в балах)					Риси особистості
	+2	+1	0	-1	-2	
	Кількість випадків в %					
Балакучість		63		31		Мовчазність
Подразливий	43	57				Спокійний
Емоційний	49	51				Беземоційний
Товариський		12		49	39	Нетовариський
Нещасний		39	6	47	8	Щасливий
Енергійний	56	36		8		Повільний
Приземлений	18	59		23		Мрійник
Необережний	30	59		11		Обережний
Охайний		54		46		Неохайний
Безініціативний		8		92		Ентузіаст
Зрілий	28	42		30		Інфантильний
Чутливий	42	52		6		Нечутливий
Жорстокий	43	55		2		Легічний
Щедрий		7		78	15	Скупий
Безтурботний		61		29	10	Розважливий
Постійний у поглядах		29		58	13	Мінливий у поглядах
Злопам'ятний	48	52				Незлопам'ятний
Релігійний		35	48	17		Атеїстичний
Відвертий		87		13		Догідливий

Таблиця 4

Клінічна характеристика шизоепілетичного (маячного) варіанту специфічних змін особистості, у патогенетичному зв'язку з якими виникали альтернативні психози у хворих на епілепсію (середні показники за шкалою Personality Inventory) (n = 9)

Риси особистості	Ступінь вираженості (в балах)					Риси особистості
	+2	+1	0	-1	-2	
	Кількість випадків в %					
Балакучість		19		81		Мовчазність
Подразливий		38		36	26	Спокійний
Емоційний		17		47	36	Беземоційний
Товариський		8		58	34	Нетовариський
Нещасний		14	41	15	22	Щасливий
Енергійний		11		53	26	Повільний
Приземлений		25		68	7	Мрійник
Необережний	18	64		18		Обережний
Охайний	14	71		15		Неохайний
Безініціативний	18	75		7		Ентузіаст
Зрілий		31		69		Інфантильний
Чутливий		18		82		Нечутливий
Жорстокий	37	43		20		Легічний
Щедрий		4		69	27	Скупий
Безтурботний	25	47		28		Розважливий
Постійний у поглядах	41	34		25		Мінливий у поглядах
Злопам'ятний	39	51		10		Незлопам'ятний
Релігійний		89	11			Атеїстичний
Відвертий		35		65		Догідливий

Наступним етапом дослідження стало виявлення відповідності розвитку певних клінічних варіантів альтернативних психозів з різним типом перебігу і клінічних типів специфічних змін особистості або деменції. Для хворих на транзиторні альтернативні психози результати подані в таблиці 5.

Аналізуючи отримані результати, слід відмітити переважання дистимоепілептичного та істероепілептичного типу помірно виражених специфічних змін особистості при розвитку альтернативних психозів 1 типу з повним і одночасним (підгрупа 1(1)), а також з повним та посту-

повим (підгрупа 1(2)) припиненням епілептичних нападів, тоді як у хворих з альтернативними психозами 2 типу, розвиток яких характеризувався неповним та поступовим припиненням епілептичних пароксизмів, спостерігався експлозивний тип специфічних змін особистості. Різниця в типах специфічних змін особистості, на нашу думку, пов'язана з різним ступенем вираженості, розповсюдженістю стійкої епілептичної енцефалопатії, яка менш виражена при дистимоепілептичному та істероепілептичному типах специфічних змін особистості і більш виражена при експлозивному типу цих психічних розладів.

Таблиця 5

Клінічна структура специфічних змін особистості та альтернативних епілептичних психозів з транзиторним типом перебігу у хворих на епілепсію (n = 15)

Клінічний варіант психозу, кількість хворих	Типи формування альтернативних психозів					
	Альтернативний психоз 1 типу — підгрупа 1(1), n = 11		Альтернативний психоз 1 типу — підгрупа 1(2), n = 1		Альтернативний психоз 2 типу — група 2, n = 3	
	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Тип специфічних змін особистості, кількість хворих	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Тип специфічних змін особистості, кількість хворих	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Тип специфічних змін особистості або деменції, кількість хворих
Затяжні сутінкові з подальшою трансформацією у психоз без потьмарення свідомості (6 чол.)	6 (постиктальний)	Дистимоепілептичний — 1; істероепілептичний — 5	—	—	—	—
Афективний (4 чол.)	3 (постиктальний)	Дистимоепілептичний — 3	—	—	1 (постиктальний)	Експлозивний — 1
Афективно-маячний (5 чол.)	2 (постиктальний — 1, інтериктальний — 1)	Дистимоепілептичний — 2	1 (інтериктальний)	Істероепілептичний — 1	2 (інтериктальний)	Експлозивний — 2

Виникнення транзиторних психозів у хворих підгруп 1(1) та 1(2) відбувалось переважно у патогенетичному зв'язку з епілептичними нападами, а помірно виражені специфічні зміни особистості справляли помірний модифікуючий вплив на клінічну картину цих психотичних станів. Альтернативні психози в підгрупах 1(1) та 1(2) суттєво не впливали на подальшу негативну динаміку специфічних змін особистості. Відзначався прямо пропорційний взаємозв'язок між ступенем залежності психотичних станів від ознак стійкої дифузної епілептичної енцефалопатії (ступеня вираженості та клінічного типу специфічних змін особистості) та відношення до епілептичних нападів: кількісне та якісне зростання специфічних змін особистості приводило до динаміки психотичних станів від постиктальних до інтериктальних.

Психотичні стани у хворих 2 групи розвивались у поступово зростаючому зв'язку з проявами специфічних змін особистості, тому не спостерігалось їхнього повного альтернування з епілептичними нападами, розвитку типового феномену «насильницької нормалізації ЕЕГ», і виникав переважно інтериктальний тип їхнього формування.

Транзиторні альтернативні психози у хворих підгруп 1(1) та 1(2) не впливали на якісні та кількісні характеристики специфічних змін особистості, тоді як психотичні стани хворих групи 2 приводили до тимчасового підвищення інтенсивності клінічних проявів особистісних рис.

Відповідність розвитку певних клінічних варіантів альтернативних психозів з нападopodobним типом перебігу і клінічних типів специфічних змін особистості відображена в таблиці 6.

Таблиця 6

Клінічна структура специфічних змін особистості та альтернативних епілептичних психозів з нападopodobним типом перебігу у хворих на епілепсію (n = 34)

Клінічний варіант психозу, кількість хворих	Типи формування альтернативних психозів					
	Альтернативний психоз 1 типу — підгрупа 1(1), n = 4		Альтернативний психоз 1 типу — підгрупа 1(2), n = 4		Альтернативний психоз 2 типу — група 2, n = 26	
	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Тип специфічних змін особистості, кількість хворих	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Тип специфічних змін особистості або деменції, кількість хворих	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Тип специфічних змін особистості або деменції, кількість хворих
Афективно-маячний (24 чол.)	4 (постиктальний — 1; інтериктальний — 3)	Істероепілептичний — 3; дистимоепілептичний — 1	2 (інтериктальний)	Істероепілептичний — 1; експлозивний — 1	18 (інтериктальний)	Експлозивний — 18
Галюцинаторно-маячний (10 чол.)	—	—	2 (інтериктальний)	Експлозивний — 1; шизоепілептичний — 1	8 (інтериктальний)	Експлозивний — 5; шизоепілептичний — 3

Дані таблиці 6 свідчать про наявність дистимоепілептичного та істроєпілептичного типу помірно виражених специфічних змін особистості при повному та одночасному припиненні епілептичних нападів (підгрупа 1(1)) з розвитком афективно-маячних нападopodobних альтернативних психозів, тоді як у підгрупі 1(2) спостерігалася переважно істроєпілептичний та експлозивний типи. Розвиток альтернативних психозів 2 типу відбувався у клінічному зв'язку з переважно експлозивним типом (23 чол.) і тільки у 3 хворих спостерігався шизоєпілептичний тип специфічних змін особистості. Таким чином, із зростанням тривалості психозу при повному припиненні нападів (психози 1 типу) підвищувалася частота виникнення шизоєпілептичного типу специфічних змін особистості поряд з істроєпілептичним, тоді як при альтернативних психозах 2 типу (з неповним альтернуванням) частіше спостерігався експлозивний тип змін особистості, хоча й виявлялися нечисленні випадки шизоєпілептичного типу змін особистості.

Виникнення психозів з нападopodobним перебігом відбувалося при збільшенні їхнього клініко-патогенетичного зв'язку з кількісно зростаючими та якісно мінливими (від істроєпілептичних та дистимоепілептичних до експлозивних та шизоєпілептичних) специфічними змінами особистості, порівняно з епілептичними нападами, тому відмічався переважно інтериктальний тип формування психотичних станів. Специфічні зміни особистості справляли модифікуючий (в підгрупах 1(1) та 1(2)) і формуючий вплив (в групі 2) на клінічну картину цих психотичних станів. Альтернативні психози у хворих підгруп 1(1) та 1(2) суттєво не впливали на подальшу негативну динаміку специфічних змін особистості, тоді як психотичні стани у хворих групи 2 приводили до підвищення інтенсивності клінічних проявів специфічних змін особистості, але без зміни їх клінічного типу.

Особливості розвитку клінічних варіантів альтернативних психозів з хронічним типом перебігу і клінічних типів специфічних змін особистості відображені в таблиці 7.

Таблиця 7

Клінічна структура специфічних змін особистості та альтернативних епілептичних психозів з хронічним типом перебігу у хворих на епілепсію (n = 11)

Клінічний варіант психозу, кількість хворих	Типи формування альтернативних психозів					
	Альтернативний психоз 1 типу — підгрупа 1(1), n = 2		Альтернативний психоз 1 типу — підгрупа 1(2), n = 1		Альтернативний психоз 2 типу — група 2, n = 8	
	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Тип специфічних змін особистості або деменції, кількість хворих	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Тип специфічних змін особистості або деменції, кількість хворих	Кількість хворих, тип відношення психозу до нападів	Тип специфічних змін особистості або деменції, кількість хворих
Маячний (6 чол.)	—	—	—	—	6 (інтериктальний)	Експлозивний — 4 (в т. ч. легка деменція — 1); шизоєпілептичний — 2
Галюцинаторно-маячний (5 чол.)	2 (інтериктальний)	Шизоєпілептичний — 2	1 (інтериктальний)	Шизоєпілептичний — 1	2 (інтериктальний)	Експлозивний тип деменції легкого ступеня — 2

Аналіз результатів дослідження свідчить, що альтернативні психози 1 типу з хронічним перебігом виникали у зв'язку з проявами хронічної дифузної епілептичної енцефалопатії з шизоєпілептичним (маячним) типом специфічних змін особистості, а психози з неповним альтернуванням (2 типу) спостерігались при розвитку експлозивного та шизоєпілептичного типів змін особистості з переважанням експлозивного, а також у 3 випадках — при легкому ступені вираженості експлозивного типу епілептичного недоумства. Повне альтернування відносно нападів при розвитку хронічних психозів спостерігалось нечасто, частіше виникало неповне альтернування, оскільки клініко-патогенетичний зв'язок цих психозів з епілептичними нападами був слабкішим, ніж нападopodobних та транзиторних психозів. Хронічні психози з неповним альтернуванням, виникаючи у зв'язку з проявами хронічної епілептичної енцефалопатії, приводили до підвищення вираженості її клінічних проявів без зміни клінічного типу; зміна клінічного типу (за даними наших подальших досліджень) відбувалася при трансформації альтернативних хронічних психозів у неальтернативні. Хронічні психози з неповним альтернуванням поєднувались з розвитком часткового феномену «насильницької нормалізації ЕЕГ», збільшенням дифузних загальномозкових розладів біоелектричної активності мозку і являли собою стани, граничні з неальтернативними психотичними розлада-

ми, у які вони в подальшому нерідко трансформувались (5 з 8 випадків).

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

1. Зміна типу перебігу альтернативного психозу відбувається на їхній клінічній структурі: при транзиторному перебігу переважають короточасні психози з потьмаренням та без потьмарення свідомості (афективні та афективно-маячні), із зростанням тривалості альтернативних психозів виявляються афективно-маячні та галюцинаторно-маячні психози, а при хронічному перебігу психотичних станів спостерігаються маячні та галюцинаторно-маячні розлади.

2. Альтернативні психози 1 типу короточасної тривалості (транзиторні) є переважно постиктальними, виникаючи у зв'язку з епілептичними нападами, а також дистимоепілептичним та істроєпілептичним типом специфічних змін особистості, тоді як триваліші психози виникають при розвитку не тільки істроєпілептичних, а й експлозивних та шизоєпілептичних змін особистості; хронічні психози розвиваються при шизоєпілептичному типі специфічних змін особистості. Вплив психозів 1 типу на клінічні прояви специфічних змін особистості є мало вираженим, переважно кількісним і спостерігається при нападopodobному та хронічному перебігу психозів.

3. Альтернативні психози 2 типу виникають переважно у зв'язку з експлозивним типом змін особистості або

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

Dnipropetrovs'k 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.