

ИНВОЛЮЦИОН МЕЛАНХОЛИЯНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Шукурлаева Машхура Фарходовна

*Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти. Бухоро,
Ўзбекистон. e-mail: shukurlayeva.mashhura@bsmi.uz*

Аннотация. Мақолада инволюцион психозлар инволюцион даврда (45 - 60 ёш) ва кексаликда (инволюцион психозларнинг кечки вариантлари) намоён бўладиган, ақли заифликка олиб келмайдиган, яъни функционал бўлган руҳий касалликлар гуруҳини бирлаштириб, инволюцион депрессия ёки инволюцион меланхолия алоҳида касаллик бўлиб, у алоҳида клиник бирлик сифатида ажратилмайди ва депрессив эпизод сифатида кўриб чиқилган.

Калит сўзлар: депрессия, ўз жонига қасд қилиш, агрессив бузилишлар, ўз жонига қасд қилиш хулки.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ИНВОЛЮЦИОННОЙ МЕЛАНХОЛИИ

Шукурлаева Машхура Фарходовна

*Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.
Бухара, Узбекистан. e-mail: shukurlayeva.mashhura@bsmi.uz*

Аннотация. В статье инволюционные психозы объединяют группу функциональных психических заболеваний, не вызывающих слабоумия, которые проявляются в инволюционном периоде (45 - 60 лет) и в пожилом возрасте (поздние варианты инволюционных психозов), инволюционная депрессия или инволюционная меланхолия — это отдельное заболевание, которое не выделяется как отдельная клиническая единица и рассматривается как депрессивный эпизод.

Ключевые слова: депрессия, суицид, агрессивные расстройства, суицидальное поведение.

ANALYSIS OF CLINICAL FEATURES OF INVOLUTIONAL MELANCHOLIA

Shukurlayeva Mashxura Farxodonva

*Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino.
Bukhara, Uzbekistan. e-mail: shukurlayeva.mashhura@bsmi.uz*

Annotation. In the article, involutional psychoses unite a group of functional mental diseases that do not cause dementia, which manifest themselves in the involutional period

(45-60 years) and in old age (late variants of involutional psychoses), involutional depression or involutional melancholia is a separate disease that is not isolated as a separate clinical unit and is considered as a depressive episode.

Keywords: depression, suicide, aggressive disorders, suicidal behavior.

Инволюцион психозларнинг нозологик мустақиллиги мунозарали бўлиб қолмоқда. Инволюцион психозларни аниқлаш ва ташхислашда кескин тафовутлар мавжудлиги сабабли, уларнинг тарқалиши ҳақида ишончли маълумотлар деярли йўқ. Диагностикадаги қийинчиликлар кейинги ёшда кўпгина психозларнинг клиник кўринишлари типикликни кучайтириб, умумий (умумий ёш) хусусиятларга эга бўлиши билан боғлиқ бўлган ижобий ва салбий томонларни баҳолаш учун қўлланила бошланди.

Инволюцион бошланиш ёшидаги депрессия, этиологик мансублигидан қатъи назар, ўзига хос хусусиятларга эга.

ХКТ-10 бўйича клиник жиҳатдан аҳамиятли депрессив бузилиш куйидаги симптомлардан ташкил топади: а) асосий - беморга хос бўлган меъёрга нисбатан кайфиятнинг пасайиши, бу деярли ҳар куни ва куннинг кўп қисмида, шунингдек, вазиятдан қатъи назар қайд этилади; б) қизиқишнинг пасайиши (йўқотилиши) ва одатда ижобий ҳис-туйғулар билан боғлиқ бўлган фаолиятдан завқланиш қобилиятининг пасайиши (ўз жонига қасд қилиш); д) ўз-ўзига ишончсизлик ва келажакка ишончсизликнинг пасайиши; э) ўзига паст баҳо бериш ва ўзига ишончсизлик ҳисси; ж) диққатни жамлашнинг пасайиши, диққатни жамлай олмаслик, фикрлаш қобилиятининг пасайиши, қарор қабул қилишда қатъиятсизлик ёки иккиланиш. Енгил депрессия (ХКТ-10 бўйича F 32.0) иккита асосий ва иккита қўшимча аломатларнинг мавжудлиги билан тавсифланади. Ўртача депрессия (ХКТ-10 бўйича F 32.1) иккита асосий ва уч-тўртта қўшимча симптомлар мавжудлиги билан тавсифланади. Оғир депрессия (ХКТ-10 бўйича F 32.2 ёки F 32.3) учта асосий, тўртта ва ундан ортиқ қўшимча симптомларнинг мавжудлиги билан тавсифланади, уларнинг баъзилари сезиларли даражада ифодаланган.

Тадқиқот давомида бузилишларнинг кенг тарқалган хавотир- васваса синдроми сифатида намоён бўлиши қайд этилди, у куйидаги симптомлардан иборат: кайфиятнинг пасайиши, хавотирланиш, ҳаяжонланиш, қоралаш ва айбдорлик васвасаси, вербал иллюзиялар (сўзларнинг маъносини нотўғри идрок этиш).

Бузилишнинг ривожланиши жуда стереотип схема бўйича содир бўлади. Биринчи босқич белгилари мавжуд бўлганда бемор кайфиятининг ёмонлашуви, хурсандчиликнинг йўқлиги, тушкунлик ва уйқунинг бузилишини ҳис қилади. Кейинчалик, хавотирланиш, ҳаракат қўзғалиши, суитсидал ғоялар, фикрларнинг "сақраши" ва васваса ғоялари: айбдорлик, жазолаш, қоралаш, ипохондрия кучайганлиги кузатилди. Инволюцион меланхолиянинг асосий клиник хусусиятларидан бири қотиб қолиш моментлари билан ҳаракат қўзғалиши эди.

Кейинги босқич шаклланиши билан инволюцион депрессия симптомлари камроқ ўткирлашди, беморнинг аҳволи барқарорлашди, депрессив аффект ўзининг зўриқишини йўқотди ва бир хил ҳаракат беҳаловатлиги ва монотон хавотир ҳолати, доимий тушкун кайфият, ташқи ҳодисаларга ҳиссий жавобнинг текисланиши ва руҳий жараёнлар фаоллигининг пасайиши сақланиб қолди.

Депрессия турига қараб беморларнинг тақсимланиши

Келиб чиқиши бўйича депрессия тури	Асосий гуруҳ		Таққослаш гуруҳи	
	Абс	%	Абс	%
Реактив	43	100	-	
Томир	-	-	20	100
Жами	43	100	20	100

Кўпинча узоқ муддатли кечиши билан ажралиб турадиган қон-томир депрессияларида беморларда соматик ҳолатнинг ёмонлашиши билан бирга астеник симптомокомплексларнинг (умумий ҳолсизликнинг кучайиши, юкламаларни кўтара олмаслик, бўшашиш, адинамия, эрта инсомния билан биргаликда кундузги вақтда яққол уйқучанлик) тарқалиши кузатилди. Шу билан бирга, ҳар доим у ёки бу даражада яққол ифодаланган когнитив бузилишлар қайд этилган (ўтмишдаги воқеаларни эслашнинг пасайиши, атрофда содир бўлаётган нарсаларни тушуниш, янги маълумотларни эслаб қолиш имкониятининг чекланиши, диққатни жамлашнинг бузилиши), айти пайтда депрессив симптоматика унчалик ифодаланмаган.

Инволюцион депрессияларда бундай узоқ давом этган депрессив эпизодлар кўп жиҳатдан "касалликнинг ўзига хос кўриниши" билан боғлиқ бўлиб, уларнинг аломатларининг ифодаланиши шифокор билан суҳбат ва ундан олинган маълумотларга, ўз ташҳиси ҳақида хабардорлик даражасига, юзага келиши мумкин бўлган асоратларга ва умумий соматик ҳолатга боғлиқ эди. Бундай депрессив эпизодларда биринчи ўринда ўзини тушкунлик, касалликни пессимистик қабул қилиш, унинг оқибатларини гипертрофик баҳолаш, ўлимдан кўркиш, муқаррар ногиронлик намоён бўлди. Ўзини-ўзи ўткир кузатиш, ҳис-туйғуларидаги энг кичик ўзгаришларни қайд этиш, баъзан етарлича соматик асосга эга бўлмаган кўплаб шикоятлар билан бирга келди. Депрессив бузилишнинг бошқа таркибий қисмлари орасида эстеро-конверсион (томоқ қотиши, титроқ, қўл-оёқларнинг "қўлқоп" кўринишидаги уйқусизлиги), сомато-вегетатив (тахикардия, диспноЭ, инсомния) ва астеник (ҳаддан ташқари ҳолсизлик, фаолликнинг пасайиши, ҳолсизликдан шикоят қилиш, фаолликнинг йўқолиши) симптомокомплекслари сезиларли ўринни эгаллади.

Бундай депрессияларнинг қайта ривожланиши астеник, хавотирли ҳолатлар намоён бўлишининг барқарорлашиш даврига тўғри келди, йўлдош патология, соматик касаллик мавжуд бўлганда эса ўлим хавфи минималлашган, ҳаракат фаоллиги тиклана бошлаган, хавотир даражаси пасайган.

Депрессиянинг клиник компоненти оғирлигига қараб беморларнинг тақсимланиши

Депрессиянинг устун компоненти	Асосий гуруҳ			Назорат гуруҳи		
	Енгил даража	Ўртача даража	Оғир даража	Енгил даража	Ўртача даража	Оғир даража
Таъсирчан	50,0±7,5	46,8±6,3	61,4±7,3	31,2±11,5	59,5±7,5	44,0±9,9
Идеатор	34,1±7,1	17,7±4,8	27,3±6,7	12,5±8,2	31,0±7,1	44,0±9,9
Моторли	15,9±5,5	35,5±6,0	11,3±4,7	56,3±12,4	9,5±4,5	12,0±6,5
Жами	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Беморларнинг асосий гуруҳида ўртача даражадаги депрессив эпизод энг кўп учради - 11 киши. 10 кишида бошқа депрессив эпизодлар ташхиси қўйилган. 9 нафар беморда фобия-хавотир бузилишлари кузатилди. 3 нафар беморда бошқа соматоформ бузилишлар. 2 нафар беморда енгил даражадаги депрессив эпизод, бошқа аралаш хавотирли бузилишлар, бундай ташхислар билан ипохондрик бузилиш. Қон томир касалликлари билан боғлиқ хавотирли бузилишлар, депрессия билан биполяр аффектив бузилишлар, оғир стрессга реакция ва мослашув бузилишлари, хавотирли-депрессив бузилишларнинг аралаш шакли 1 нафар беморда ташхисланди. Аёллар 56 (89%) эркаларга нисбатан 7 (11%).

Астеник депрессия даврида беморларнинг хулқ-атвори ҳар хил бўлади: баъзиларида - гиперестезия ва "бутун дунёга нафрат" билан боғлиқ бўлган ёлғизликка интилиш устунлик қилади; бошқаларида - мақсадсиз, кўпинча бемаъни характерга эга бўлган фаол фаолиятга интилиш. Ушбу гуруҳдаги беморларнинг 4,3 фоизида тиббиёт ходимлари ва ташриф буюрувчи яқинларига нисбатан яққол ва очикдан-очик салбий муносабат қайд этилган; улар шифокорлар ва ўрта тиббиёт ходимларига "касалхонада мажбурий қолиш," "сифатсиз хизмат кўрсатиш," "ғайриинсоний муносабат" учун суд муҳокамаси ва жисмоний жазолаш билан таҳдид қилишган. Шуниси эътиборга лойиқки, бундай норозилик улар томонидан асосан ғазаб ва ғазаб хуружлари даврида ифодаланган; дисфория ифодаланиши унчалик интенсив бўлмаган даврларда улар

атрофдагиларга ва улар атрофида содир бўлаётган воқеаларга нисбатан кўпроқ хушмуомала кайфиятда бўлганлар, катта ички руҳий зўриқишни бошдан кечирганлар, "бутун дунё тинч нафрат" позициясини эгаллаганлар (ушбу беморлардан бирининг ибораси билан айтганда), бирор-бир қўзғатувчиларнинг ҳаракатига (тиббий ходимлар ва ташриф буюрувчилар нутқининг баландлиги, Фарқларнинг статистик аҳамияти ($p < 0,001$) ни ташкил этди.

ХУЛОСА

Депрессия ривожланиш хавфи қуйидаги омиллар мавжудлигида ортади: руҳий касалликлар бўйича ирсий мойиллик; шахс тузилишида психастеник хусусиятларнинг устунлиги; маълумотнинг паст даражаси; зарarli одатларнинг мавжудлиги, айниқса чекиш; ўз оиласини йўқлиги; миокард инфарктининг семизлик, ошқозон-ичак тракти касалликлари, сурункали гепатит билан коморбидлиги. Инволюцион депрессиялар аксарият ҳолларда беморларнинг ҳаёт сифатини пасайиши билан бирга кечади ва бу ўз навбатида ҳаёт фаолиятини чеклашда жисмоний муаммоларнинг ролини ортишига олиб келади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Антропов Ю.А., Антропов А.Ю., Незнанов Н.Г. Основы диагностики психических расстройств. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2019. – 384 с.
2. Балашова Е.Ю., Ряховский В.В., Щербакова Н.П. К вопросу о значении нейropsychологического обследования при прогнозировании исхода депрессии в позднем возрасте // Материалы III Международного конгресса "Нейрореабилитация–2020". – Москва, 2020. – с. 14–15.
3. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. – М.: Фонд НАН, 2022. – 234 с.
4. Гиляровский В.А., Богданович Л.А. Алкоголизм и шизофрения. – В кн.: Проблемы судебной психиатрии. – Труды центрального НИИ общей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского. – М., 2016, вып. 9, С. 335-360.
5. Гофман А.Г. О некоторых особенностях синдрома вербального галлюциноза при разных формах шизофрении, осложнённых хроническим алкоголизмом. – В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. – Труды Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – 2014, С. 130-138.
6. Джонс П.Б., Бакли П.Ф. Шизофрения (Клиническое руководство) / Пер. с англ. – М.: Медпресс, 2018. – 192 с.
7. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. – Медицина, 2020. – 320 с.

-
8. Красик Е.Д., Елисеев А.В., Семин И.Р. Эпидемиологическая характеристика сочетающейся с алкоголизмом шизофрении // Журн. невропатологии и психиатрии. – 2019. – Вып.5 – С. 72-76.
9. Котова Л.А. Некоторые особенности клинической картины начального периода заболевания у больных шизофренией, страдающих алкоголизмом // Актуальные проблемы диагностики и лечения. – Л., 2018. – С. 51-52.
10. Миневич В.Б., Елисеев А.В. Алкоголизм и шизофрения: взаимные факторы развития микста (клинико-статистический аспект) // «Факторы риска» при неврологических и пограничных заболеваниях: Сб. статей Томского мед. института – Томск, 2016, вып. 3. – С. 95-101.
11. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / Под ред. И.Я. Гуровича и О.Г. Ньюфельдта. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2019. – 356 с.
12. Buckley L.A., Pettit TACL, Adams C.E. Supportive therapy for schizophrenia // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017. Issue 3. Art. №: CD 004716. DOI: 10.1002/ 1465185,8. CD 00471. pub 3.
13. Gottdiener W.H., Haslam N. The Benefits of Individual Psychotherapy for People Diagnosed with Schizophrenia: A Meta-Analytic Review // Ethical Human Sciences and Services – 2012. – № 4(3). – P. 163-187.
14. Karon B.P., Vandenbos G.R. Psychotherapy of Schizophrenia: The Treatment of Choice. – NY: Rowman, Littlefield Publishers, 2018. – 470 p.