

УДК: 616.895.4

Б. В. Михайлов, д-р мед. наук, проф., зав. каф. психотерапии ХМАПО, главный внештатный специалист МОЗ Украины по специальностям «Медицинская психология» и «Психотерапия»

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

ПРОБЛЕМА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ. ГИПОТЕЗА ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Терминологическое понимание депрессии. Классификация депрессии по механизмам патогенеза и клиническим проявлениям. Терапевтическая тактика при депрессивных расстройствах, также показаны основные задачи и направления лечения. Когнитивный подход в терапии депрессий.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, этиология депрессий, структура, задачи и лечение депрессий, когнитивная психотерапия.

На протяжении XX века был зарегистрирован стремительный рост депрессивных расстройств во всех развитых странах мира. Если в начале века они составляли 0,2 % в популяции, то к середине 50-х годов этот показатель вырос до 4,3—5,7 %, к середине 60-х годов — 11,2—14 %, в 90-е годы — 15—20 % [1, 7, 10, 25]. Таким образом, к началу XXI века депрессии заняли одно из первых мест в структуре психических заболеваний. По данным ВОЗ на 2000 г. они составили 40 % от общего количества зарегистрированных в мире психических расстройств [7, 9, 12, 22].

Украина входит в число стран с высокими показателями заболеваемости. При этом от 35 до 50 % больных депрессией либо не обращаются за помощью к врачу, либо не попадают в поле зрения психиатров и лечатся у врачей общей практики. Из числа этих пациентов 50 % предъявляют жалобы соматовегетативного характера. При этом попытки обсуждения с врачом своего психологического состояния, эмоциональных переживаний резко негативно воспринимаются больными, которые рассматривают их как «слабость характера», а не как заболевание, требующее соответствующего лечения [3, 4, 6, 14]. В формировании депрессивного состояния важную роль играет социальный фактор, о чем свидетельствует исследование распространенности аффективных и тревожных расстройств среди населения, согласно результатам которого у 52,7 % неработающих людей диагностировано состояние, требующее специализированной медицинской помощи. По данным других исследований установлено, что наибольшее количество депрессивных расстройств (58,1 %) отмечается после 6 месяцев регистрации в службе занятости [11, 19].

Важным является консенсусное единое междисциплинарное терминологическое понимание депрессии. В термин «депрессия» вкладывается разное дефинитивное наполнение, он используется для описания симптома, синдрома или заболевания. Чаще всего данный термин определяет синдром, который включает психологические, эмоциональные, соматоневрологические и прочие клинические проявления заболевания [3, 7, 8, 14, 15, 18, 21]. Депрессивный синдром — в наиболее типичном виде (так называемая простая депрессия) складывается из сниженного, тоскливого настроения

(гипотимия), замедления мышления и двигательной заторможенности (депрессивная триада).

По механизмам патогенеза и клиническим проявлениям депрессии можно структурировать следующим образом:

1. Эндогенные депрессии.
2. Невротические депрессии.
3. Соматизированные депрессии (депрессии как маски соматических заболеваний).
4. Симптоматические депрессии.
 - 4.1. Депрессивное расстройство синдромального уровня как следствие личностно невротической реакции пациента на соматическое заболевание.
 - 4.2. Депрессивное расстройство синдромального уровня как следствие нейротоксического эффекта соматического заболевания.
5. Соматопсихическая коморбидность — относительно независимое параллельное течение соматического заболевания и депрессии.

Этиология депрессий окончательно не выяснена. Тот факт, что некоторые эмоциональные нарушения проявляются как наследственные, дает основание думать о роли генетических факторов. Однако, свидетельства о наследственности монополярной депрессии неубедительны.

Существуют различные теории этиопатогенеза депрессий. К наиболее распространенным относятся следующие:

- Нейрофизиологическая — постулирует нарушение интегративных регуляторных функций лимбико-ретикулярного комплекса.
- Нейромедиаторная — свидетельствует о нарушениях в основных нейромедиаторных системах — серотонинергической, норадренергической, ГАМК-ергической.
- Психодинамические теории.

В их рамках одной из основных является когнитивная теория А. Бек.

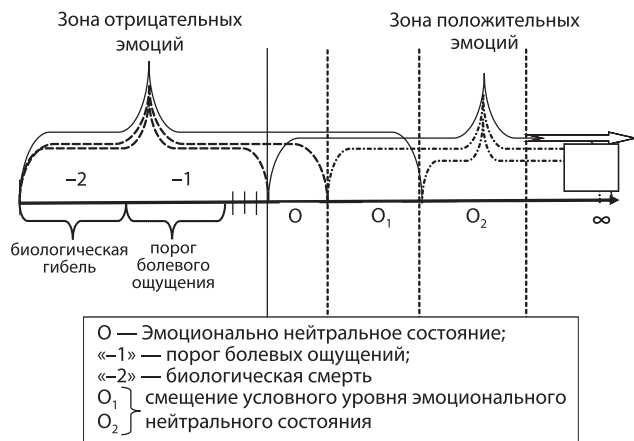
Когнитивная триада депрессии, согласно этой теории, состоит из: 1) негативного самовосприятия, в результате которого больной видит себя как дефективного, неадекватного, оторванного от мира, никчемного и нежелательного; 2) тенденции к восприятию мира как негативного, требовательного и грозящего самого себя места и к ожиданию неудачи и наказания, и 3) ожидания длительных неприятностей, страдания, лишения и неудач [3]. Хотя корреляция между социальным статусом и депрессией отсутствует, существует заметная связь между социальным неблагополучием, социальным стрессом, социальной изолированностью и депрессивным состоянием.

Нами разработана гипотеза эволюционно-цивилизационного генеза развития депрессий. Гипотеза состоит в том, что по мере цивилизационного процесса человек трансформирует среду обитания в сторону

повышения её комфортности и безопасности. Это приводит к формированию всё более повышающегося субъективно-личностного порога оценки среды обитания и внешней ситуации как субъективно комфортной, т. е. вызывающей положительные эмоции. Само формирование порогов оценки среды обитания становится всё менее биологически детерминированным и всё более социально-психологически детерминированным.

Это в определённом смысле подтверждается феноменом роста депрессий, прежде всего, в экономически развитых странах. То есть нет прямо пропорциональной зависимости уровня жизни и уровня распространённости депрессий, наоборот, зависимость носит обратно пропорциональный характер — уровень депрессий растёт с ростом уровня жизни. [11, 12, 13]

Изначальное функциональное значение эмоций — оценочное. Эмоция — это субъективно переживаемое отношение субъекта к определённым явлениям внешнего мира и/или внутреннего состояния организма. В наиболее общем виде эмоции дихотомичны — положительного или отрицательного спектра. Субъективное переживание позитивных эмоций свидетельствует о комфортной среде обитания/состояния организма. Усугубление этой ситуации ведёт к нарастанию интенсивности позитивной эмоции до переживаний эйфории экстатического уровня. Субъективное переживание негативной эмоции свидетельствует о некомфортной среде обитания/состояния организма. Усугубление этой ситуации ведёт к нарастанию интенсивности негативной эмоции. Однако в области негативных эмоций существуют пороги ограничений усугубления объективно существующей негативной ситуации. При определённом уровне усугубления возникает болевое ощущение, а при дальнейшем усугублении — биологическая гибель организма.



Динамика изменения «точки отсчёта» переживаемой зоны негативных и позитивных эмоций

Как видно из рисунка, происходит увеличение расширения от условно нейтральной точки эмоционального состояния до биологически детерминированных переживаний эмоций тревоги и затем болевого ощущения ($O < O_1 < O_2 \dots$).

Соответственно, постоянно уменьшается возможность «поверки» условно нейтральной точки биологически детерминированными факторами и увеличивается

«пространство» пребывания в зоне негативных эмоций, прежде всего, тревоги, как универсального маркера неблагополучия индивида. Отсюда несколько наблюдаемых феноменов — рост психосоматических заболеваний по механизму патологической консолидации тревоги (Alexander), рост депрессии, как механизма уменьшения тревоги путём снижения психической, физической и социальной активности. Сюда же относят и изменения клинической картины депрессий в сторону представленности соматовегетативных компонентов.

Терапевтическая тактика при депрессивных расстройствах

Несмотря на различные теории генеза депрессий, основными задачами их лечения являются:

- уменьшение и дальнейшее полное купирование депрессивной симптоматики;
- минимализация риска рецидива [15];
- восстановление уровня социального функционирования больного;
- повышение качества жизни больного.

В терапии депрессивных расстройств можно выделить два основных направления:

- психофармакологическое,
- психотерапевтическое.

Первое направление предусматривает применение специфической группы препаратов психотропного действия — антидепрессантов [5, 13, 23, 24].

В клинической практике, особенно в первичном звене, до настоящего времени часто употребляемой группой являются трициклические антидепрессанты (ТЦА). Однако применение трициклических антидепрессантов сопряжено с целым рядом побочных эффектов, связанных, прежде всего, с их холинолитическим действием.

Эти побочные эффекты существенно ограничивают возможность их применения у больных с коморбидными соматическими расстройствами. Кроме этого, назначение ТЦА требует индивидуального подбора дозы до появления терапевтического эффекта. Опасность применения ТЦА в общесоматической практике обусловлена тем, что диапазон между терапевтически эффективной и токсической дозами у них невелик, что требует осторожности в подборе препарата.

В связи с этим в настоящее время средствами первого выбора при лечении депрессивных расстройств, особенно соматизированных, симптоматических и коморбидных вариантов становятся антидепрессанты нового поколения — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) (сертралин, флувоксамин, флуоксетин, пароксетин, циталопрам).

Антидепрессанты группы СИОЗС избирательно и обратимо тормозят обратный нейрональный захват серотонина, с высокой степенью селективности, мало влияя на захват норадреналина и допамина. С этим связано отсутствие седативного и кардиотоксического эффектов.

Продолжительность курсовой терапии антидепрессантами составляет 4—6 месяцев. При наличии выраженного тревожного компонента более обоснованным может быть применение новой группы антидепрессантов двойного действия — ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСиН) (Венлафаксин, Милнацепран (Иксел), Тразодон (Триттико)). При наличии

в структуре соматизированной депрессии диссомнических расстройств вплоть до агрипнии показан антидепрессант новой группы мелатонинергического ряда — Мелитор. В качестве тимостабилизирующих средств используется Карбамазепин. В последние годы в практику вошёл новый препарат — прегабалин (Лирика).

Реализация второго терапевтического направления — психотерапевтического — должна быть последовательно-ступенчатой [2, 11, 20]. Методом выбора является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) в различных модификациях. Модификация КПТ, разработанная Aaron Beck, является кратковременной структурированной терапией, которая использует активное сотрудничество между врачом и больным для достижения терапевтических целей.

Когнитивный подход в терапии депрессии включает четыре процесса: 1) создание автоматических мыслей, 2) тестирование автоматических мыслей, 3) идентификация дезадаптивных положений, лежащих в основе нарушений, и 4) проверка обоснованности дезадаптивных положений.

Используемые поведенческие компоненты: создание схемы деятельности, обучение тому, как получать удовольствие, постепенное усложнение задания, удержание новых познаний, обучение самоуважению, ролевая игра и методы отвлечения [18]. Длительность психотерапии — не менее 6 месяцев.

Список литературы

1. Хобзей, М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / Хобзей М. К., Волошин П. В., Марута Н. О. // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3(64).
2. Концептуальні основи і стратегія розвитку психотерапії в Україні / [Михайлов Б. В., И. О. Марута, С. І. Табачников, та ін.] // Там само. — 2002. — Т. 10, вип. 2(31). — С. 17—20.
3. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. — М.: Медицина, 1998. — 697 с.
4. Карвасарский, Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.
5. Краснов, В. Н. Закономерности динамики депрессий: клинические, патогенетические и терапевтические аспекты. Депрессии и коморбидные расстройства / В. Н. Краснов. — М.: ЭКСМО, 1997. — С. 80—98.
6. Леонгард, К. Акцентуированные личности / К. Леонгард; пер. с нем. — К.: Вища школа, 1981. — 392 с.
7. Марута, Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах / Н. А. Марута. — Харьков: Арсис, 2000. — 100 с.
8. Михайлов, Б. В. Массовые нарушения психической сферы у населения / Б. В. Михайлов // Український вісник психоневрології. — 1995. — Т. 3, вип. 1. — С. 24—25.

9. Напреенко, О. К. Депресії та тривога в загальномедичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) / О. К. Напреенко // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2002. — № 1. — С. 7—12.

10. Подкорытов, В. С. Депрессии. Современная терапия : руководство для врачей / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352 с.

11. Стратегії лікування хворих з депресивними розладами: реальна вітчизняна практика та міжнародні стандарти / [Пішель В. Я., Марценковський І. А., Здорик Ф. О. та ін.] // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10, № 4(39). — С. 40—43.

12. Смулевич, А. Б. Депрессии в общесоматической практике / А. Б. Смулевич. — М.: Берег, 2000. — 160 с.

13. Потребность в психофармакотерапии и организации психиатрической помощи в соматическом стационаре / [Смулевич А. Б., Сыркин Ф. Л., Козырев В. Н., Дробышев М. Ю.] // Клиническая медицина. — 2000. — № 10. — С. 22—27.

14. Снежневский, А. В. Клиническая психопатология : руководство по психиатрии / под ред. А. В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 1. — С. 16—60.

15. Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс. — М.: Практика, 1997. — 606 с.

16. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis / [Birchwood M., Printz D. J., Sachs G. S., Kahn D. A.] // Br J. Psychiat. — 2000. — Vol. 177, № 2. — P. 516—528.

17. Furnaletto, L. M. Association Between Depressive Symptoms and Mortality in Medical Inpatients / Furnaletto L. M., Cavanaugh S., Bueno J. R. // Psychosom. — 2000. — Vol. 41.(5). — P. 426—432.

18. Кутько, І. І. Афективні розлади / Кутько І. І., Напреенко О. К., Козидубова В. М. — В кн.: Психіатрія / за ред. проф. О. К. Напреенка. — К.: Здоров'я, 2001. — С. 353—372.

19. Напреенко, О. К. Депресія та тривога / О. К. Напреенко. — В кн.: Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я : посібник для поліпшення якості роботи / за наук. ред. проф. І. П. Смирнної. — К., Здоров'я, 1999. — 165 с.

20. Марута, Н. А. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение) / Н. А. Марута, В. В. Мороз. — Харьков: Арсис, 2002. — 144 с.

21. Голдберг, Д. Психиатрия в медицинской практике / Голдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф.; пер. с англ. А. Абессоной, Д. Полтавца. — Киев: Сфера, 1999. — 304 с.

22. Ustun, T. V. Public Health aspects of anxiety and depressive disorders / T. V. Ustun, N. Sartorius // Int Clin psychopharmacol. — 1993; 8: 15—20.

23. Depression Guideline Panel. Clinical Practice Guideline № 5. Depression in Primary Care: Vol. 1. Detection and Diagnosis. Rockville. MD: US Dept of Health and Human Services; 1993. Agency for Health Care Policy and Research publication 93-0550.

24. Depression Guideline Panel. Clinical Practice Guideline № 5. Depression in Primary Care: Vol. 2. Treatment of Major Depression. Rockville. MD: US Dept of Health and Human Services; 1993. Agency for Health Care Policy and Research publication 93-0551.

25. World Health Report. 2001. WHO. — Geneva, 2001. — 178 p.

Надійшла до редакції 23.05.2012 р.

Б. В. Михайлов

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Проблеми депресивних розладів. Гіпотеза виникнення

Термінологічне розуміння депресії. Класифікація депресії за механізмами патогенезу та клінічних проявів. Терапевтична тактика при депресивних розладах, також показані основні завдання та напрямки лікування. Когнітивний підхід у терапії депресій.

Ключові слова: депресивні розлади, етіологія депресій, структура, завдання та лікування депресій, когнітивна психотерапія.

B. V. Mykhaylov

*Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education
(Kharkiv)*

Problems of depressive disorders. A hypothesis of appearance

Terminological understanding of depression. The classification of depression on the mechanisms of pathogenesis and clinical manifestations. Therapeutic tactics in depressive disorders also shows the main tasks and directions of treatment. The cognitive approach in the treatment of depression.

Key words: depressive disorders, the etiology of depression, structure, objectives, and treatment of depression, cognitive psychotherapy.