

## АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПОДХОДОВ К НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ТИПОЛОГИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Проблема депрессивных расстройств — болезненно пониженного настроения — является одной из наиболее актуальных для теории и практики современной медицины.

По данным Всемирной организации здравоохранения, удельный вес депрессивных и тревожных расстройств составит к началу XXI века более 40% в общей структуре зарегистрированной в мире психической патологии [8]. При этом менее чем за 100 лет количество депрессивных больных, проходивших стационарное лечение, увеличилось с 8% в 1914 году [3] до 34% в 2000 году [7]. В то же время среди пациентов, получающих какую-либо медицинскую помощь амбулаторно, депрессии можно выявить в 65% случаев [2].

Кроме того, следует полагать, что число депрессивных больных, не обратившихся за медицинской помощью к психиатрам, значительно больше. Необходимо при этом подчеркнуть, что клиническая картина депрессивных расстройств при этом не исчерпывается лишь симптомами пониженного настроения. В большинстве случаев у таких больных имеют место и разнообразные соматические жалобы. Нередко именно соматоформные проявления депрессий и являются основной причиной их обращения к врачам. Причем не к психиатрам, а в зависимости от особенностей таких болезненных проявлений (одышка, боли в сердце, дискинезии ЖКТ, сексуальные дисфункции и т.д.) — к различным врачам: терапевтам, хирургам, сексопатологам, невропатологам и т.д.

Нераспознанная депрессия зачастую приводит к неадекватной симптоматической терапии, которая, как правило, является неэффективной [4]. Неадекватная терапия депрессий способствует их хронизации и появлению разного рода осложнений. Соответственно, весьма велики прямые и косвенные затраты населения, обусловленные данной формой патологии.

Поэтому понятен исключительный интерес к проблеме как ранней диагностики и соответственно эффективной терапии депрессивных расстройств, так и к их классификации.

В основе современной типологии депрессивных состояний лежит знаменитая континуальная классификация П. Кильгольца (1969), в которой депрессии располагаются в зависимости от выраженности в континууме «соматогении — психогении» каждого из этих этиологических факторов.

Мы приводим классификационную схему П. Кильгольца (1969) с некоторыми дополнениями (рисунк 1).

Ее создание П. Кильгольцем было обусловлено тем, что в результате многочисленных исследований

не были установлены патогномоничные симптомы классической эндогенной депрессии. Кроме того, в ряде случаев депрессии, манифестирующие как психогенные, в последующем нередко приобретали отчетливое аутохтонно-фазное течение.

В классификации П. Кильгольца особое место занимает «эндореактивная дистимия Вайтбрехта», которая является связующим звеном между эндогенными и психогенными депрессиями. Именно эта клиническая форма является «теоретической моделью», на примере которой доказывается факт существования депрессивных расстройств смешанной этиологии — эндогенной, психогенной и соматогенной, когда невозможно клинически определить, какой из указанных этиологических факторов является ведущим.

В последующие годы был создан целый спектр других классификаций «расстройств депрессивного спектра», где в качестве классификационных, «упорядочивающих» факторов, лежащих в их основе, использовались различные феномены: течение, синдромальная структура, этиология, тип реагирования [1, 5, 6]. Следует отметить, что все эти классификации фактически являются экстраполяцией известной теории «единого психоза» на субпсихотический, «невротический» уровень депрессивного реагирования.

Например, мы приводим с некоторыми изменениями теоретически наиболее близкую нам концептуальную схему «расстройств депрессивного спектра» McElroy S. (1994) (рисунк 2).

Данная классификация объединяет депрессивные, невротоподобные (невротозоформные) и частично психопатологические синдромы. Основанием для такой группировки послужило, с одной стороны, частое сочетание в структуре единого синдрома депрессивной и невротоподобной (невротозоформной) симптоматики, а с другой — положительная реакция данных расстройств на терапию антидепрессантами, особенно селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина.

Данная классификация построена в виде континуума переходных форм по оси «невротичность (компульсивность) — личностная аномальность (импульсивность)». По нашему мнению, так называемые «расстройства депрессивного спектра» в зависимости от превалирования невротически-психогенного или личностно-аномального факторов можно разделить на три группы:

- обсессивно-компульсивные;
- аффективные (депрессивные);

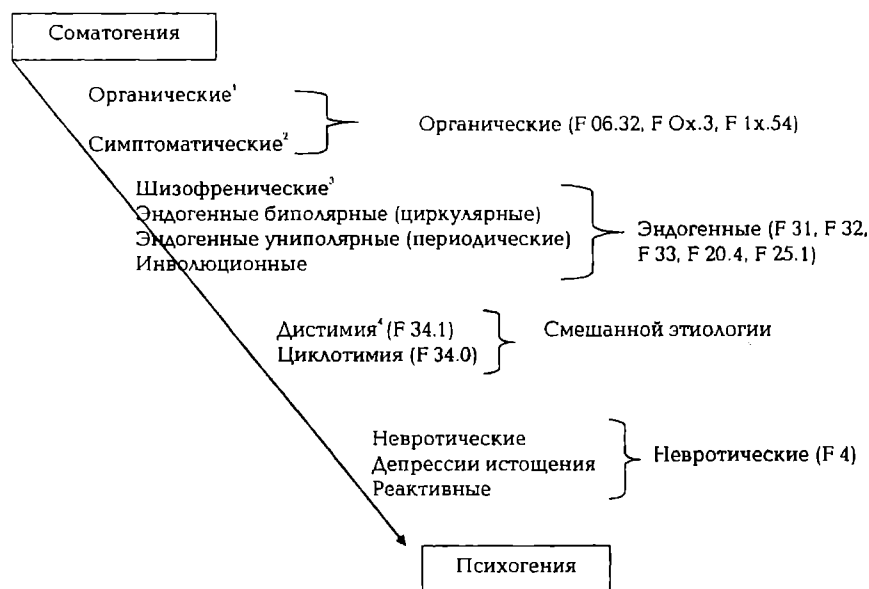


Рис. 1. Континуальная классификация депрессий П. Кильгольца (1969).

- <sup>1</sup> – сенильные (дементные), атеросклеротические (сосудистые), посттравматические, эпилептические, олигофренические;
- <sup>2</sup> – алкогольные, наркотические, постинфекционные, соматогенные (эндокринные, гемодинамические и пр.)
- <sup>3</sup> – постшизофренические, инициальные, в рамках шизотипического расстройства;
- <sup>4</sup> – эндореактивная дистимия Вайтбрехта, дистимия

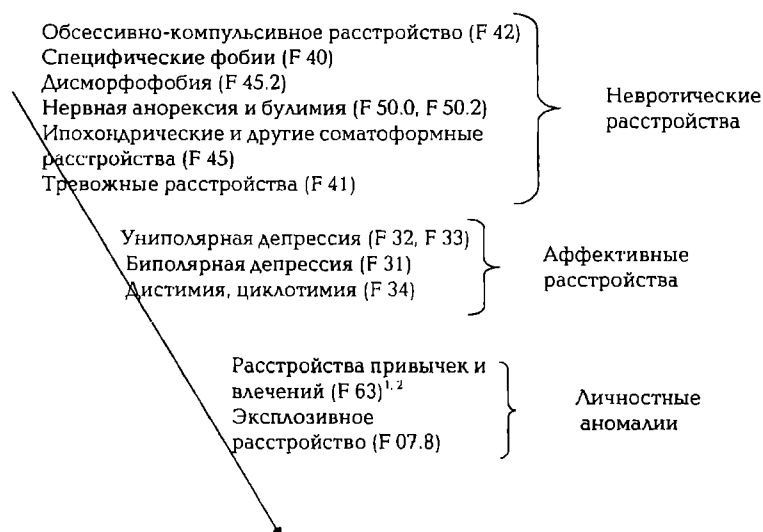


Рис. 2. Классификация «расстройств депрессивного спектра» (McElroy S., 1994).

- <sup>1</sup> – патологическая склонность к азартным играм, пиромания, клептомания, дрономания, трихотиломания;
- <sup>2</sup> – с нашей точки зрения, «расстройства привычек и влечений» следует относить не к импульсивным, а к насильственным действиям

— личностно-аномальные (импульсивные).

Депрессивные расстройства находятся как бы в «центре» этого континуума, смыкаясь с тревожной или импульсивной симптоматикой. Поэтому достаточно трудно определить, какой же регистр психопатологической симптоматики является более глубоким — аффективный или невротический и психопатоподобный.

Представленная классификационная схема теоретически интерпретирует проблему «коморбидности», где невротические, аффективные и личностные расстройства сосуществуют, т.е. коморбидны друг другу. В отличие от классической немецко-русской психиатрии, в которой единицей анализа является нозологическая единица, обладающая динамическим сочетанием синдромов и относительно устойчи-

вым стереотипом развития с формированием резидуальной симптоматики, в англо-американской психиатрии разрабатывается понятие коморбидности. Под этим термином понимают часто встречающееся внутреннее средство между двумя дискретными симптомокомплексами, относящимися к различным регистрам психической патологии. Причем такие симптомокомплексы рассматриваются как кластеры, т.е. «расстройства», обладающие самостоятельным клиническим, терапевтическим и прогностическим значением. Кластером может быть и относительно простой симптомокомплекс, например «социальная фобия», и достаточно сложный синдром — «рекуррентное депрессивное расстройство», или нозологическая единица, в частности «деменция с депрессией при болезни Альцгеймера».

Систематика депрессивных состояний

| По синдромальной структуре                               | По клинической форме и этиологии                                                                                                                                                                                                                                                                                      | По динамике                                             |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. Тоскливая (меланхолическая)                           | <b>Органические:</b><br>1. Сенильная (дементная)<br>2. Атеросклеротическая<br>3. Посттравматическая<br>4. Эпилептическая<br><b>Симптоматические:</b><br>5. Интоксикационная (алкогольная, нарколептическая, нейролептическая и др.)<br>6. Постинфекционная<br>7. Соматогенная (послеродовая, эндокринная, сосудистая) | 1. С монофазным течением                                |
| 2. Тревожная (ажитированная)                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2. С циркулярным (биполярным) течением                  |
| 3. Апат-адинамическая                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3. С периодическим (униполярным) течением               |
| 4. Дисфорическая (брюзжащая)                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 4. С наличием «быстрых фаз»                             |
| 5. Анестетическая (деперсонализационная)                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 5. С континуальным течением                             |
| 6. Астено-анергическая                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 6. С эпизодическим течением                             |
| 7. Истерическая                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 7. С затяжным течением (до двух лет)                    |
| 8. Депрессия с навязчивостями (обсессивная)              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 8. С хроническим течением (от двух до пяти лет и более) |
| 9. Сенесто-ипохондрическая                               | <b>Эндогенные:</b><br>8. Депрессия при шизофрении<br>9. Постшизофреническая<br>10. Эндогенная униполярная<br>11. Эндогенная биполярная<br>12. Инволюционная                                                                                                                                                           |                                                         |
| 10. Соматовегетативная (маскированная, соматизированная) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |
| 11. Депрессивно-параноидный синдром (бредовая)           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |
| 12. Депрессия с импульсивными расстройствами             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |
|                                                          | <b>Психогенные:</b><br>13. Эндореактивная дистимия<br>14. Невротическая<br>15. Депрессия истощения<br>16. Реактивная<br>17. Экзистенциальная                                                                                                                                                                          |                                                         |

Применительно к аффективной патологии было установлено высокое сродство депрессивной, тревожной и фобической симптоматики. От 40 до 80% больных, страдающих генерализованным тревожным, паническим, обсессивно-компульсивным или соматоформным расстройствами, специфическими фобиями, дистимией, нервной анорексией или булимией, одновременно могут отвечать критериям «депрессивного эпизода» [2]. То есть эти две группы психических расстройств будут коморбидны друг другу.

В этой связи синдромальная структура, типы течения и нозографического положения основных клинических форм депрессивных расстройств могут быть представлены в виде сводной таблицы.

#### Библиографический список

1. Международная классификация психических и поведенческих расстройств (МКБ-10): Карманное руководство с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями / Пер. с англ. — К.: Сфера, 2000.
2. Подкорытов В.С. Депрессии. Современная терапия / В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка. — Харьков: Торнадо, 2003.

3. Рыбаков Ф.Е. Циклофрения: Труды психиатрической клиники Императорского Московского университета / Ф.Е. Рыбаков. — М., 1914. — № 2. — С. 1 — 182.

4. Степанов И.А. Место ангедонии в дисбалансе аффективного реагирования / И.А. Степанов. // Социальная и клиническая психиатрия, 2002. — №1. — С. 97 — 99.

5. Ariskal H. Personality as Mediating Variable in the Pathogenesis of Mood Disorders / H. Ariskal. — Berlin, 1988. — P. 22-34.

6. McElroy S. Comorbidity of depression / New direction of drug therapy of mental disorders / S. McElroy. — Indianapolis, 1994. — P. 56-89.

7. Rendon M. Modeling of affective illness / M. Rendon. // APA Annal. - Meeting, 1994. — N 4. — P. 21-31.

8. Simon G.E. Long-Term prognosis of depression in primare care / G.E. Simon // Bull. - WHO, 2003. — Vol. 78. — N 4. — P. 439-445.

**ЧАЙКА Юрий Юрьевич**, кандидат медицинских наук, доцент.

**ЗРАЖЕВСКАЯ Инна Александровна**, кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой психиатрии.

Статья поступила в редакцию 26.09.06 г.

© Чайка Ю. Ю., Зражевская И. А.

## СОСТОЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

На основании проведённых исследований установлены распространённость и степень выраженности личностной, ситуативной тревожности и агрессивности в группах пациентов с ГЭРБ с наличием эзофагита и без эзофагита, а также связь этих эмоциональных состояний с продолжительностью кислого рефлюкса.

### Введение

Актуальность проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) заключается в высокой распространённости заболевания, развитии тяжёлых инвалидизирующих осложнений, возможности трансформации в аденокарциному пищевода. Большинству пациентов с ГЭРБ необходима длительная или даже пожизненная непрерывная терапия, что ведет к большим экономическим затратам на лечение ГЭРБ [1, 2].

На данном этапе выделяется множество патогенетических механизмов ГЭРБ. Но в целом патогенез заболевания изучен недостаточно и ведётся поиск дополнительных факторов, влияющих на его течение [5].

На основании того, что имеется слабая корреляционная связь между уровнем pH в пищеводе и субъективными проявлениями рефлюксной болезни, возникло предположение о психофизиологических механизмах возникновения ГЭРБ. Учитывая, что в состоянии стресса у пациентов, страдающих ГЭРБ, усиливается восприятие изжоги, предполагают взаимосвязь между наличием и выраженностью стресса, эмоциональными реакциями и особенностями поведения в патогенезе ГЭРБ [3, 4].

Среди негативных эмоциональных состояний тревожность и агрессивность характеризуются как наибольшей распространённостью, так и выраженным вегетативным компонентом.

Мы исходили из того, что в настоящее время тревожность рассматривается в двух значениях: как специфическое состояние, возникающее при определённых условиях (ситуативная тревожность), и как черта личности (личностная тревожность).

Агрессия, отражающая реализацию негативных эмоций и проявляющаяся в особом отношении человека к другим, себе, миру, сопровождаясь ощущением оппозиции себя к окружающему и желанием ему зла (активным и пассивным), рассматривается так же, как и тревога, в виде состояния и черты личности.

Целью нашего исследования являлись изучение степени выраженности тревожности и агрессивности в группах пациентов с различными клиническими формами ГЭРБ и связи этих эмоциональных состояний с течением заболевания (временем pH в пищеводе).

### Материалы и методы

Проведено одномоментное, открытое (эпидемиологическое) исследование. Был обследован 71 больной в возрасте от 17 до 62 лет (из них 38 мужчин и 33 женщины, 45,8% и 52,4% соответственно), среднее значение стажа (медиана — Me) заболевания для пациентов составило 3 года, а возраста — 36 лет. Вариабельность стажа заболевания (25-й процентиль — LQ; 75-й процентиль — UQ) была от 2 до 9,5 лет, а возраста — от 21 до 46,5 лет.

В ходе исследования пациенты были стратифицированы по полу, возрасту и стажу болезни на 2 группы в зависимости от клинической формы ГЭРБ (ГЭРБ без эзофагита  $n = 42$ , ГЭРБ с эзофагитом  $n = 29$ ). Клиническую форму ГЭРБ устанавливали в соответствии с международной классификацией болезней 10 пересмотра.

Диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни был установлен в соответствии со стандартами медицинской помощи больным гастроэзофагеальным рефлюксом (Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.12.1994 г. № 247) и международной классификацией болезней 10 пересмотра в результате комплексного обследования. Пациентам проведено общее клиническое исследование, фиброгастродуоденоскопия, поэтажная экспозиционная pH-метрия пищевода и желудка, рентгеноскопическое исследование.

Психологическое исследование личности проводилось с помощью психологического интервьюирования и тестирования. Были использованы шкала ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спил-