

НОЗОГЕНИЯ КАК ФАКТОР ПАТОМОРФОЗА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Гривул Ростислав Теодорович

заведующий стационарного отделения № 1 Львовского областного клинического психоневрологического диспансера, г. Львов, Украина

E-mail: grtsg@yahoo.com

Фильц Александр Орестович

д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедры психиатрии и психотерапии ФПДО ЛНМУ им. Д. Галицкого, г. Львов, Украина

E-mail: pavenckyj@gmail.com

NOSOGENIA AS FACTOR OF PATHOMORPHOSIS OF DEPRESSIVE DISORDERS

Hryvul Rostyslav

Chief of the I clinical section of Lviv Regional Psycho- Neurological Dispensary,

Lviv, Ukraine

Filtz Alexandr

Prof. Dr. Department of Psychiatry and Psychotherapy, Subfaculty of Postgraduate Education, Lviv Danylo Halytsky National Medical University, Lviv, Ukraine

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты обзора литературы на тему современного понимания динамики и факторов патоморфоза депрессивных расстройств. Особое внимание сосредоточено на понятии «нозогении» как совокупности психогенных реакций пациента на семантические аспекты диагноза, в том числе и психиатрического. Намечены задачи последующих исследований, необходимость разработки интегративной теоретической модели для описания нозогенных реакций у пациентов с депрессивными расстройствами с учетом трех групп факторов: клинических, биологических и социально-психологических.

ABSTRACT

The article presents the results of a literature review of modern understanding of the dynamics and factors of pathomorphosis of depressive disorders. Particular attention is focused on the conception of "nosogenia" as set of patient's psychogenic reactions caused by semantic aspects of diagnosis, including psychiatric diagnosis. Scheduled follow-up studies of the problem, necessity of development of integrative

theoretical model for description of the nosogenic reactions in patients with depressive disorders based on three groups of factors: clinical, biological and socio-psychological.

Ключевые слова: депрессивное расстройство; патоморфоз; реакция личности; нозогения.

Keywords: depressive disorders; pathomorphosis; reaction of personality; nosogenia.

Одним из актуальных вопросов современной психиатрии является проблема депрессивных расстройств. Распространенность их в большинстве стран составляет 8—12 % [32, с. 29], уровень смертности депрессивных пациентов достоверно выше, чем в общей популяции, а продолжительность жизни на 10 лет меньше за счет суммарного воздействия риска суицида и высокой вероятности развития тяжелой соматической патологии [41, с. 168]. Как показывает клинический опыт, через 15 лет стойкая интермиссия регистрируется только у 12 % пациентов, у 82 % заболевание рецидивирует, а у 17 % пациентов приобретает хроническое течение [45, с. 810; 26, с. 128].

Рост частоты депрессивной патологии, увеличение ее удельного веса в массе всех клинически диагностированных психических расстройств, по мнению ряда авторов, свидетельствует об общей тенденции патоморфоза и резистентности психической патологии [1, с. 10—11; 20, с. 122—124; 33, с. 26—27; 34, с. 5—7]. Параллельно продолжается дискуссия относительно клинического понимания ремиссии при депрессии [46, с. 7—11; 2, с. 33-37]. Исследования показывают, что статистически достоверное снижение баллов по диагностическим шкалам может быть продемонстрировано при отсутствии субъективно значимого улучшения [45, с. 810—815; 46, с. 7—11; 51, с. 1841—1850]. Более того, даже пациенты, которые достигли клинической ремиссии (≤ 7 по шкале HAM-D17), формируют неоднородную группу с различной степенью резидуальной симптоматики, социального

функционирования, риском рецидивов [43, с. 16; 49, с. 5—9; 52, с. 113—117]. Существует и принципиальное отличие между симптоматической (бессимптомной) и функциональной ремиссией, которая характеризует социальное функционирование пациентов [40, с. 435—436; 42, с. 209—213; 49, с. 5—9; 28, с. 33—37; 26, с. 45—50]. Наметилась четкая тенденция понимать депрессивное расстройство как континуум различных субтипов или уровней выраженности симптомов между «полной» депрессией и субсиндромальными проявлениями [15, с. 7—8].

Имеющиеся результаты показывают, что все клинические факторы способны объяснить 40—45 % вариабельности оценок курсовой эффективности терапии антидепрессантами; внешние и внутренние факторы (физиологические, эндокринные, биохимические, преморбидные, социальные, стрессовые) 30—35 %, а 20—30 % всего спектра предикторов эффективности терапии приходится на неизвестные или неучтенные факторы [17, с. 101]. К последним можно отнести плацебо-эффект, а также патопластическое влияние постморбидной личности и изменения в ближайшем окружении пациента, в частности, контакт с медицинскими работниками и пациентами с подобной патологией. Последний фактор создает предпосылки для ятрогенных, сорогенных и егрогогенных воздействий [9, с. 157—168]. Вышеупомянутые факторы составляют группу социокультурных (средовых) и личностных (интрапсихичных) факторов патоморфоза депрессивных расстройств. Подытожив вышесказанное, можно констатировать, что не только клиническая характеристика депрессивного расстройства влияет на его ход, эффект лечения и устойчивость ремиссии, но и совокупность психогенных и социогенных факторов, которые формируют общую установку пациента к факту заболевания и специфике психиатрического лечения.

Вопросы соотношения болезни и личности в рамках конкретной нозологии необходимо изучать с учетом трех измерений: роль личности как фактора предрасположенности возникновения заболевания, значение болезни как соматогенного фактора, роль болезни как психотравмы, которая

сопровождается определенным осмыслением и адаптацией личности, затем — цепью личностных изменений. Именно последний пункт представляется нам особенно важным, поскольку личность в этом измерении не только меняет «траекторию развития», но и начинает играть роль патопластического фактора, влияющего на клиническую картину и процесс лечения. Анализ специфики вышеописанных взаимовлияний возможен в контексте двух групп теорий:

1. Концепции психотравмы: «психогенная» триада К. Ясперса [39], «депрессия фона» и «депрессия почвы» К. Шнайдера [38], «психогенные состояния» за В. Мясищевым [16], «уровень реагирования на травму» Е. Краснушкина [8], исследования психогений М. Телешевской [31] и личностной predisпозиции за В. Гиндикиным и В. Гурьевой [3].

2. Концепции личностного реагирования на болезнь: «аутопластическая картина болезни» А. Гольдшейдера [4], «переживание болезни» Е. Шевалева [37], «отношение к болезни» В. Мясищева [16], «осознание болезни» Е. Краснушкина [8], Л. Рохлина [22], «концепция болезни» С. Либих [11], «реакция на болезнь» Н. Лакосиной, Г. Ушакова [10], «позиция к болезни» Я. Фрумкина, И. Мизрухина [36], Н. Иванова [5], «психосоциальные реакции на болезнь» за Z. Lipowski [47], «внутренняя картина болезни» А. Лурия [13], «тип отношения» к болезни Р. Конечны, М. Боухал [7], «типы отношения» к соматической болезни А. Личко, Н. Иванова [12].

Более детально мы остановимся на концепции нозогении, которую разработал в 1992 г. А.О. Фильц с целью клинического обозначения психогенных реакций пациента на наличие соматического заболевания [49]. Данный термин подчеркивает психогенный характер влияния заболевания, специфику реакции личности на этот травматический фактор, зависимость типа реакции от учета личностью смысловой (семантической) специфики диагноза. Главную роль в формировании нозогений играет не столько патогенное влияние соматической вреда, сколько смысл, семантическая значимость воспринятого и осознанного пациентом нозологического диагноза [49].

А.О. Фильц предложил двухмерную модель нозогений, включающую два

взаимодополняемых уровня: синдромальный и уровень содержательных психопатологических образований, который включает надсиндромальные (метасиндромальные) характеристики психогенных реакций на болезнь. Последние определяются изменениями субъективного отношения к своему «телесному Я», возникающими под влиянием реальной угрозы жизни [49, с. 40—50]. Для анализа метасиндромального уровня использованы понятия, предложенные в рамках концепции «внутренней картины болезни» А. Лурия: гипернозогнозия — высокая значимость переживаний пациента по поводу своего телесного недуга; гипонозогнозия — низкая значимость переживаний пациента по поводу своего телесного недуга [49, с. 40—50].

В дальнейшем концепция нозогений разрабатывалась в НИИ клинической психиатрии Научного центра психического здоровья РАМН, и, в частности, проф. А.Б. Смулевичем [6, 24, 25, 27, 29]. В ходе дальнейших исследований выявлены следующие характеристики нозогений:

1. Вектор чувственного или когнитивного восприятия болезни установлено, что гипернозогнозия формируются в виде перцептивного с преобладанием пассивных копинг-стратегий, вместо гипонозогнозии формируются как концепт, связанный с когнитивно-бихевиореальной модальностью реагирования, с преобладанием активных копинг-стратегий [14].

2. По векторам наличия мета-позиции пациента по болезни установлено его-дистонно и эго-синтонно восприятия болезни. В его основе лежит наличие или отсутствие (слабая очерченность) самостоятельного и целостного образа болезни, опредметнения как нечто отдельное от Я. При его-дистонном восприятии болезни ее симптомы противопоставлены Я, воспринимаются отчужденно, как объект борьбы, проблема, с которой необходимо справиться (позиция больного: «У меня есть болезнь»). При его-синтонно восприятии болезни проявления заболевания переживаются неотчуждаемыми, как измененное состояние самого Я (позиция: «Я болен») [24].

Таким образом, в настоящее время разработана теоретическая модель, которая предлагает адекватный инструментарий для оценки клинических

измерений реагирования пациента на болезнь. Подавляющее число работ по изучению нозогений выполнены на материале соматической патологии. Проблеме собственно нозогений при психических заболеваниях внимания практически не уделялось, хотя вопрос внутренней картины болезни при психической патологии, осознание пациентами своего психического заболевания исследовались уже ранее [18, 19, 21, 23, 30].

На основе материала можно сделать выводы:

1. Соматическая или психическая болезнь может рассматриваться в качестве психотравмирующего фактора как учитывая страдания (симптоматику), так и учитывая семантику диагноза. «Бытие в болезни» требует личностной обработки, реадaptации индивида к новым условиям, что происходит в более широком контексте социокультурных реалий, в том числе социальных стереотипов относительно данного заболевания. Психотравмирующее влияние болезни запускает цепь личностных изменений — формирование «морбидной» и «постморбидной» личности, которая, в свою очередь, оказывает патопластичное влияние на клинические проявления заболевания.

2. Среди ряда концепций личностного реагирования на болезнь наиболее емким является подход, предложенный Р. Лурия, — концепция внутренней картины болезни, характеризующий субъективно-психологическую сторону заболевания. Вместе с тем, несмотря на широкое использование в медицинской и клинической психологии, эта концепция не пригодна для качественной оценки клинически значимых форм реагирования личности на факт наличия заболевания, поскольку описывает только психологические варианты адаптации к имеющемуся заболеванию. Зато факт наличия заболевания может быть, по сути, Психогении, что предполагает уже психопатологическую квалификацию реагирования личности на него.

3. Для описания клинически значимых форм личностного реагирования на факт наличия болезни используется понятие «нозогении», предложенное А.О. Фильцом в 1993 г. Дальнейшие исследования понятия нозогений изучали

их классификацию по векторам чувственного-когнитивного восприятия болезни и наличия отсутствия у пациента мета-позиции по заболеваниям.

4. В контексте дальнейшей разработки темы патоморфоза депрессивных расстройств целесообразно наметить следующие задачи: разработка интегративной теоретической модели для описания нозогенных реакций у пациентов с депрессивными расстройствами с учетом трех групп факторов (клинических, биологических и социально-психологических), разработка дизайна исследования, направленного на прицельное изучение нозогений у пациентов с депрессивными расстройствами; типологизация нозогенных реакций у пациентов с депрессивными расстройствами, создание рекомендаций по совершенствованию фармакотерапии пациентов с депрессивными расстройствами с учетом нозогенных патопластичного компонента в ходе этих расстройств, в частности — дополнение фармакотерапии психоедукационным, психокоррекционным и психотерапевтическим компонентами.

Список литературы:

1. Абаев Ю.К. Эволюция болезней и нозологический принцип в медицине / Ю.К. Абаев // Медицинские новости. — № 4. — 2008. — С. 8—15.
2. Аведисова А.С. Ремиссия при терапии антидепрессантами: признак стабилизации состояния или признак снижения активности процесса? / Аведисова А.С. // Психиатрия и психофармакотерапия. — Том 10. — № 2. — 2008. — С. 33—37.
3. Гиндикин В.Я. Личностная патология / В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева. — М.: Триада-Х, 1999. — 266 с.
4. Жмуров В.А. Психопатология. Часть 1. Симптоматология / В.А. Жмуров. — Иркутск: ИГУ, 1986. — 165 с.
5. Иванов Н.В. О диагностическом значении личности при неврозах / Н.В. Иванов // Материалы симпозиума «Проблемы личности». — М., 1970. — Т. 2. — С. 217—229.
6. К проблеме нозогений. Ипохондрия и соматоформные расстройства / [Под

- ред. А.Б. Смулевича]. — М.: Медицина, 1992. — С. 111—123.
7. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. — Прага: Авиценум, 1983. — 405 с.
 8. Краснушкин Е.К. Избранные труды / Е.К. Краснушкин. — М.: «Медицина», 1960. — 608 с.
 9. Лакосина Н.Д. Клиническая психология: учебник для студентов медицинских вузов / Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 416 с.
 10. Лакосина Н. Д. Медицинская психология / Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. — М.: Медицина, 1984. — 272 с.
 11. Либих С.С. Психология больного и психология болезни / С.С. Либих // Вопросы медицинской психологии и психотерапии. — Тамбов: [б.и.], 1974. — С. 43—48.
 12. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Методика определения типа отношения к болезни / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии. — № 8. — 1980. — С. 1527—1530.
 13. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / Р.А. Лурия. — М.: Медицина, 1977. — 112 с.
 14. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика / И.Г. Макина-Пых. — М.: Эксмо, 2008. — 1024 с.
 15. Мішиєв В.Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів / В.Д. Мішиєв. — Львів: МС, 2004. — 208 с.
 16. Мясищев В.Н. Личность и невроз / В.Н. Мясищев. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. — 425 с.
 17. Некоторые клинические предикторы эффективности терапии антидепрессантами больных с депрессивными расстройствами (аналитический обзор, часть 1) / А.С. Аведисова, Л.С. Канаева, Д.Ф. Ибрагимов, Н.В. Люпаева // Психиатрия и психофармакотерапия. — № 3. — 2003. — С. 100—102.
 18. Николаева В.В. Внутренняя картина болезни при некоторых психических

- заболеваниях: автореф. дис. на соискание научн. степени кандидата мед. наук: специальность «Психиатрия» / В.В. Николаева. — М., 1970. — 18 с.
19. Плотичер А.И. О роли субъективно-психологической интроспекции в диагностике психических заболеваний / А.И. Плотичер // Проблемы медицинской психологии (материалы научной конференции) / [Ответственный редактор Кабанов М.М.]. — Ленинград: Издательство «Медицина», 1976. — С. 117—119.
 20. Подкорытов В.С. Депрессия и резистентность / В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — № 1. — 2002. — С. 118—124.
 21. Пономарева Л.Г. Самосознание психически больных / Л.Г. Пономарева // Молодой ученый. — № 10. — Т. 2. — 2011. — С. 149—151.
 22. Рохлин Л.Л. «Сознание болезни» и его значение в клинической практике / Л.Л. Рохлин // Клиническая медицина. — Т. 35. — № 9. — 1957. — С. 11—20.
 23. Рубинштейн Я. Отношение психически больных к болезни / Я. Рубинштейн // Понятия установки и отношения в медицинской психологии. Материалы симпозиума. / [Ред. Бжалава И. Т.] — Тбилиси, 1970. — 258 с.
 24. Смулевич А.Б. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) / А.Б. Смулевич, А.Ш. Тхостов, А.Л. Сыркин и др. // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — Т. 97. — Вып. 2. — С. 4—9.
 25. Смулевич А.Б. К вопросу о психопатологической систематике ипохондрии / А.Б. Смулевич // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — Т. 96. — Вып. 2. — 1996. — С. 9—13.
 26. Смулевич А.Б. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. — № 4. — 2002. — 128—132 с.
 27. Смулевич А.Б. Органые неврозы как психосоматическая проблема /

- А.Б. Смулевич // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — Т. 100. — Вып. 12. — 2000. — С. 4—12.
28. Смулевич А.Б. Психопатология депрессий (к построению типологической модели) / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, А.Ш. Тхостов и др. // Депрессия и коморбидные расстройства / [Под ред. А.Б. Смулевича]. — М.: Медиа сфера, 1997. — С. 28—53.
29. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) / А.Б. Смулевич // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — Т. 99. — Вып. 4. — 1999. — С. 4—16.
30. Татаренко Н.П. «Внутренняя картина болезни» при шизофрении и её значение для клиники / Н.П. Татаренко // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1. — Вып. 1. — С. 140—143.
31. Телешевская М.Э. Глазами больного / М.Э. Телешевская. — К.: Здоров'я, 1985. — 124 с.
32. Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств: [Доклад Рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных]. — К.: ЧП ВМБ, 2009. — 216 с.
33. Тиганов А.С. Эндогенные депрессии : вопросы классификации и систематики // А.С. Тиганов Депрессии и коморбидные расстройства / [под ред. А.Б. Смулевича]. — М.: [б. и.]. — 1997. — С. 12—28.
34. Федоров Я.О. Исследование патопластических факторов шизофрении (сравнительный клинико-катамнестический анализ): автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.06 «Психиатрия» / Я.О. Федоров. — СПб., 2010. — 26 с.
35. Фильц А.О. Проблема небредовой ипохондрии: автореф. дис. на соискание научн. степени доктора мед. наук : специальность 14.00.18 «Психиатрия» / А.О. Фильц. — Москва, 1993. — 49 с.
36. Фрумкин Я.П. Личность и психическое заболевание / Я.П. Фрумкин, И.А. Мизрухин // Материалы симпозиума «Проблемы личности». — М.,

1970. — Т. 2. — С. 211—217.

37. Шевалев Е.А. О переживании болезни / Е.А. Шевалев // Советская психоневрология. — № 4. — 1936. — С. 17—33.
38. Шнайдер К. Клиническая психопатология / К. Шнайдер / [Пер. с нем.] — К.: Издательство «Сфера», 1999. — 236 с.
39. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс / [Пер. с нем.]. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
40. Andrew F.L. A new paradigm for the prediction of antidepressant treatment response / Andrew F.L., I.A. Cook, A.M. Hunter et al. // Dialogues Clin Neurosci. — № 11 (4). — 2009. — P. 435—446.
41. Angst F. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34—38 years / F. Angst, H.H. Stassen, P.J. Clayton, J. Angst // J Affect Disord. — Apr, 68(2—3). — 2002. — P. 167—181.
42. Boulenger J.P. Residual symptoms of depression. Clinical and theoretical implications / J.P. Boulenger // Eur. Psychiatry. — № 19. — 2004. — P. 209—213.
43. Gasto C. Residual symptoms in elderly major depression remitters / C. Gasto, V. Navarro, R. Catalan, M.J. Portella, T. Marcos // Acta Psychiatr Scand. — № 108. — 2003. — P. 15—19.
44. Keller M.B. Remission versus response, the new gold standard of antidepressant care / M.B. Keller // J Clin Psychiatry. — 65 (Suppl. 4). — 2004. — P. 53—9. (32).
45. Keller M.B. Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects / M.B. Keller, P. W. Lavori, T.I. Mueller et al. // Arch Gen Psychiatry. — № 49. — 1992. — P. 809—816.
46. Lecrubier Y. How do you define remission? / Y. Lecrubier // Acta Psychiatr Scand. Suppl. — 106 (suppl. 415). — 2002. — P. 7—11.
47. Lipowski Z.Y. Psychological reactions to physical illness / Z.Y. Lipowski // J. Can. Med. Assoc. — V. 128. — 1983. — P. 91—102.

48. Murray C.J. The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020 / C.J. Murray, A.D. Lopez. — Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996. — 234 p.
49. Nierenberg A.A. Definitions of antidepressant treatment response, remission, nonresponse, partial response, and other relevant outcomes, a focus on treatment-resistant depression / A.A. Nierenberg, L.M. DeCecco // J. Clin. Psychiatry. — № 62. — 2001. — P. 5—9.
50. Nierenberg A.A. Residual symptoms in depressed patients who respond acutely to fluoxetine / A.A. Nierenberg, B.R. Keefe, B.C. Leslie et al. // J Clin Psychiatry. — № 60. — 1999. — P. 221—225.
51. Rush A.J. ACNP Task Force. Report by the ACNP Task Force on Response and Remission in Major Depressive Disorder / A.J. Rush, H.C. Kraemer, H.A. Sackeim et al. // Neuropsychopharmacol. — № 31. — 2006. — P. 1841—1853.
52. Zimmerman M. Heterogeneity among depressed outpatients considered to be in remission / M. Zimmerman, M.A. Posternak, I. Chelminski // Compr. Psychiatry. — № 48. — 2007. — P. 113—117.