

УДК 616.89-008.454

СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

© 2013 г. П. И. Сидоров, *И. А. Новикова

Северный государственный медицинский университет,
*Северный (Арктический) федеральный университет, г. Архангельск

Депрессивное расстройство — это расстройство, характеризующееся сниженным настроением, с пессимистической оценкой себя, ситуации, окружающей действительности, интеллектуальным и двигательным торможением, снижением побуждений и соматовегетативными нарушениями.

Целью статьи является обоснование синергетической концепции медико-психосоциальной помощи при депрессивных расстройствах.

Распространенность депрессивных расстройств

Депрессивные расстройства, согласно данным ВОЗ, среди психических расстройств являются одним из наиболее широко распространенных психопатологических нарушений. Число людей, страдающих этим недугом, неуклонно растет.

По данным эпидемиологических исследований и ВОЗ, депрессией страдает 5 % населения планеты. Вероятность развития в течение жизни монополярной депрессии достигает 20 % [6]. Ежегодно около 100 млн жителей нашей планеты обнаруживают признаки депрессии [5].

Депрессия является наиболее частым психическим расстройством у больных, обращающихся в первичную медицинскую сеть [11]. По данным клинко-эпидемиологических исследований, депрессивные состояния наблюдаются у 20–40 % больных в общей медицинской практике [4, 13].

Сопутствующие депрессивные расстройства оказывают неблагоприятное влияние на течение и прогноз соматических заболеваний [10]. Распознавание аффективных расстройств в общемедицинской практике зачастую затруднено в силу атипичности клинической картины и «маскировки» проявлений депрессии под соматическую патологию. В связи с этим многие больные длительное время не попадают в поле зрения врачей-психиатров, не получают квалифицированной медицинской помощи.

Этиопатогенез депрессивных расстройств

Этиология депрессии, как и большинства других психических расстройств, до настоящего времени изучена недостаточно. Однако можно выделить целый ряд факторов риска депрессивных расстройств:

- генетические — наличие эмоциональных расстройств в семейном анамнезе (тип наследования не установлен), дефицит медиаторов в головном мозге (преимущественно норадреналина и/или серотонина);
- психосоциальные (психотравмирующие ситуации, информационные перегрузки, неблагоприятные семейные взаимоотношения, неудовлетворительные бытовые условия и т. д.);
- конституционально-психологические и особенности индивидуального развития.

В статье обосновано применение синергетической методологии для оценки развития и коррекции депрессивных расстройств, выделены фракталы predispositions (ангедонической семьи), латентный (ангедонического диатеза), инициальный (астенодепрессивный невроз), развернутой клинической картины депрессивного расстройства, хронизации (формы и типы течения), исхода (соматопсихические осложнения). Предложена программа медико-психосоциальной помощи, включающая технологии ментальной медицины как для превентивно-коррекционного укрепления ментального здоровья, так и для лечебно-реабилитационной помощи на различных фракталах ментального недуга.

Ключевые слова: депрессивное расстройство, синергетическая концепция, ментальная медицина, ментальное здоровье, ментальные недуги, медико-психосоциальная помощь

К конституционально-психологическим факторам относятся: пол (женщины страдают депрессией примерно в 2 раза чаще, чем мужчины); средний и пожилой возраст; астенический тип телосложения; злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами; лекарственные средства (амфетамины, другие стимуляторы ЦНС, барбитураты, бензодиазепины, циметидин, клонидин, β -адреноблокаторы, кортикостероиды, индометацин, метилдофа, пероральные контрацептивы, эстрогены, резерпин, гуанетидин, сульфаниламиды, интерфероны); беременность и роды; потеря матери в детстве (до 11 лет); «меланхолический тип личности» (педантизм, негибкость, стремление во всем добиваться максимального результата, монотонная стеничность, мелочность, склонность к сомнениям и колебаниям).

К связанным с депрессией заболеваниям относят [4, 11]: ревматические (системная красная волчанка, ревматоидный артрит); сердечно-сосудистые (ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, артериальная гипертензия); эндокринные (гипо- и гипертиреоз, сахарный диабет, гиперкальциемия, синдром Кушинга, состояние после родов); желудочно-кишечные (цирроз печени, колиты, панкреатиты, болезни желчевыводящих путей); гематологические (серповидно-клеточная анемия); нарушения питания (недостаточность витамина В12, фолатов, железа, тиамина, никотиновой кислоты); инфекции (энцефалит, гепатит, грипп, инфекционный мононуклеоз, пневмония, туберкулез); болезни почек (уремия, пересадка почки); опухоли (лейкоз, лимфома, рак поджелудочной железы, внутричерепные опухоли); болезни нервной системы (субдуральная гематома, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, неконтролируемая эпилепсия); псориаз; саркоидоз.

Синергетика депрессивных расстройств

Синергетическая модель формирования депрессивных расстройств представлена в табл. 1. Динамика депрессивных расстройств включает фракталы: предрасположения — ангедоническая семья, латентный —

ангедонический диатез, инициальный — первичный невроз (астенодепрессивный эпизод), развернутой клинической картины — депрессивного расстройства, хронизации — формы и типы течения депрессивного расстройства, исхода — соматопсихические осложнения депрессивного расстройства.

Фрактал *ангедонической семьи* является начальным при формировании депрессивного расстройства. Известно, что нарушения семейных взаимоотношений могут способствовать формированию данной патологии.

Ангедоническая семья отличается пессимистическим восприятием мира, утратой способности радоваться и испытывать удовольствие как во взаимодействии с окружающим миром, так и во внутрисемейных отношениях. Формирующиеся у ребенка в такой семье социальные модели поведения и реагирования утрачивают аффективную аранжировку. Ранняя и стойкая «эмоциональная депрессия» закладывает основы ангедонического ядра формирующейся личности.

Современные представления об этиопатогенезе неврозов определяющую роль отводят нарушениям значимых отношений личности [2]. Семья оказывается непосредственным источником психического здоровья [1]. Имеется взаимосвязь между неудовлетворенностью, напряженностью в семье, наличием конфликта, с одной стороны, и различными нервно-психическими расстройствами у детей — с другой.

Как психогенные заболевания формирующейся личности, астенодепрессивная невротизация отражает многие проблемы человеческих отношений, прежде всего понимания и общения между людьми, поиска своего «Я», оптимальных путей самовыражения, самоутверждения, признания и любви.

Согласно психоаналитической традиции, основную роль в формировании невроза играют нарушения эмоциональных взаимоотношений между растущим ребенком и его родителями. Развитие невроза у детей происходит в семьях, для которых характерна выраженная асимметрия отношений между супругами, низкое самоуважение обоих супругов, эмоциональное

Таблица 1

Фрактальная динамика развития депрессивных расстройств

Вектор онтогенеза	Фрактал					
	Предрасположения: ангедоническая семья	Латентный: ангедонический диатез	Инициальный: первичный астено-депрессивный невроз	Развернутой клинической картины депрессивного расстройства	Хронизации: формы и типы течения депрессивного расстройства	Исхода: соматопсихические осложнения депрессивного расстройства
Соматогенез	Наследственная отягощенность	Нарушение нейропроцессов	Сомато-вегетативные нарушения	Депрессивное расстройство	Формы и типы течения депрессивного расстройства	Соматопсихические нарушения
Психогенез	Ангедоническая семья	Преморбидные личностные особенности	Астено-депрессивная невротизация личности	Личностная декомпенсация	Стойкие личностные нарушения	Психический дефект
Социогенез	Эмоционально-депривационные семейные отношения	Аффектогенная дисгармония социализации личности	Нарушения значимых социальных отношений	Преходящая социальная дисфункция	Социальная декомпенсация	Социальная дезадаптация

отвержение женой мужа при его зависимости от жены, переоценка любви и недооценка секса, эмоциональная зависимость обоих родителей от своих матерей при сравнительно низкой оценке отцовской фигуры.

Неврозогенную, и в частности ангедоническую, семью характеризует дисгармоничное семейное воспитание как следствие невротизма родителей [9]. Для неврозогенной семьи свойственны нарушения системы межличностных отношений, преобладание отрицательных ценностей, асоциальных установок и т. п.

Таким образом, ангедоническая семья (как вариант неврозогенной семьи) характеризуется дисгармоничным семейным воспитанием вследствие неблагоприятных особенностей личности родителей, проявляющихся в эмоциональной депривации ребенка и невротизации.

Следующим является фрактал *ангедонического диатеза*. Диатезом (греч. *diathesis* – расположение) называют конституциональное предрасположение организма к тем или иным болезням вследствие врожденных особенностей обмена, физиологических реакций и т. п.

Ангедонический диатез проявляется многофакторной наследственно-конституциональной предрасположенностью как к психическим (преимущественно аффективным), так и к функциональным соматовегетативным расстройствам, причем регуляторные расстройства, связанные с эмоциональной сферой, возможно, сочетаются с конституциональными (врожденными) органами аномалиями. К ангедоническому диатезу предрасположены лица со слабой и неуравновешенной нервной системой, высоким уровнем тревожности, психастенической и астенодепрессивной акцентуациями характера.

У человека, имеющего ангедонический диатез, при воздействии стрессогенных факторов развивается *первичный астенодепрессивный невроз*.

Первичный невроз проявляется соматовегетативными нарушениями, жалобами на симптомы со стороны соматического состояния (головные боли, боли в сердце, учащение пульса, повышение артериального давления, изменение частоты и глубины дыхания, внезапная мышечная слабость, кратковременное нарушение стула и др.). Данные нарушения нестойкие и носят кратковременный характер. Наблюдается невротизация личности, которая может проявляться неспецифической астенодепрессивной и тревожно-невротической симптоматикой.

При дальнейшей психической травматизации происходит трансформация соматовегетативных нарушений в *депрессивное расстройство*. Данные нарушения более длительны и сопровождаются повторяющимися, множественными и клинически значимыми жалобами. В типичных случаях в клинической картине характерны основные симптомы — полное отсутствие жизненных интересов, чувства удовлетворения и удовольствия от чего бы то ни было, нарушение аппетита и сна, упадок сил, снижение

концентрации внимания и полового влечения, чувство собственной неполноценности и вины, повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве.

Во фрактале хронизации необходимо рассмотреть *формы и типы течения депрессивного расстройства*. Депрессивное расстройство наиболее часто может проявляться такими формами как тревожная, астеническая, апатическая, соматизированная и др. В данном фрактале возможны стойкие личностные нарушения и социальная декомпенсация.

В дальнейшем возможен переход в *соматопсихические осложнения депрессивного расстройства*, которые носят хронический и необратимый характер и приводят к нарушению трудоспособности больных.

Клиника и диагностика депрессивных расстройств

Критерии депрессивного эпизода (МКБ-10)

А. Соответствие общим критериям депрессивного эпизода:

1. Депрессивный эпизод должен длиться по крайней мере две недели.
2. В анамнезе никогда не было симптомов, отвечающих критериям маниакального или гипоманиакального эпизода.
3. Эпизод нельзя приписать употреблению психоактивного вещества или любому органическому психическому расстройству.

Б. Имеется как минимум два из следующих трех симптомов:

1. Депрессивное настроение снижено до уровня, определяемого как явно ненормальное для пациента, отмечается большую часть дня почти ежедневно не менее двух недель и в основном не зависит от ситуации.
2. Отчетливое снижение интереса или удовольствия от деятельности, которая обычно приятна для больного.
3. Снижение энергичности и повышенная утомляемость.

В. Дополнительные симптомы:

1. Снижение чувства уверенности в себе и самооценки.
2. Беспричинное чувство самоосуждения или чрезмерное и неадекватное чувство вины.
3. Повторяющиеся мысли о смерти или суициде или суицидальное поведение.
4. Нарушения психомоторной активности с тревожным возбуждением или заторможенностью (субъективно или объективно).
5. Нарушение сна любого типа.
6. Изменение аппетита (повышение или понижение) с соответствующим изменением массы тела.

Для определения эпизода легкой степени необходимо минимум два симптома из критерия Б и не менее четырех симптомов суммы критериев Б и В; для эпизода средней тяжести — минимум два симптома из критерия Б и не менее шести симптомов суммы критериев Б и В; для тяжелого эпизода — три сим-

птома из критерия Б и не менее восьми симптомов суммы критериев Б и В.

Критерии рекуррентной депрессии (МКБ-10)

1. Имеется по крайней мере один депрессивный эпизод в прошлом, длившийся не менее двух недель и отделенный от настоящего эпизода периодом минимум в два месяца, в течение которых не наблюдалось каких-либо значимых аффективных симптомов.

2. В анамнезе никогда не было гипоманиакальных или маниакальных эпизодов.

3. Эпизод нельзя приписать употреблению психоактивного вещества или любому органическому психическому расстройству.

4. В типичных случаях во всех трех вариантах, описанных ниже (легкий эпизод F32.0x; умеренный F32.1x; тяжелый F32.2 или F32.3x), больной страдает от сниженного настроения, утраты интересов и удовольствия, снижения энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности. Отмечается выраженная утомляемость даже при незначительном усилии. К другим симптомам относятся:

- a) сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
- b) сниженные самооценка и чувство уверенности в себе;
- c) идеи виновности и унижения (даже при легком типе эпизода);
- d) мрачное и пессимистическое видение будущего;
- e) идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид;
- f) нарушенный сон;
- g) сниженный аппетит.

5. Сниженное настроение мало колеблется в течение дней, и часто реакции на окружающие обстоятельства отсутствуют, но могут быть характерные суточные колебания. Что касается маниакальных эпизодов, то клиническая картина обнаруживает индивидуальную вариабельность, а в подростковом возрасте особенно часто отмечаются атипичные картины. В некоторых случаях тревога, отчаяние и двигательная ажитация временами могут быть более выраженными, чем депрессия, а изменения настроения также могут быть маскированы дополнительными симптомами: раздражительностью, чрезмерным употреблением алкоголя, истерическим поведением, обострением предшествующих фобических или навязчивых симптомов, ипохондрическими идеями. Для депрессивных эпизодов всех трех степеней тяжести длительность эпизода должна быть не менее двух недель, но диагноз может быть поставлен и для более коротких периодов, если симптомы необычно тяжелые и наступают быстро.

6. Некоторые из вышеуказанных симптомов могут быть выраженными и обнаруживают характерные признаки, которые считаются имеющими специальное клиническое значение. Наиболее типичным примером являются «соматические» (смотри введение) симпто-

мы: утрата интересов и удовольствия от деятельности, которая в норме доставляет удовольствие; утрата эмоциональной реактивности на окружение и события, которые в норме приятны; пробуждение по утрам на два или более часа раньше, чем в обычное время; депрессия тяжелей в утренние часы; объективные данные о четкой психомоторной заторможенности или ажитации (отмеченной посторонним человеком); четкое снижение аппетита; потеря массы тела (считается, что на это указывает 5 % потеря массы тела в течение последнего месяца); выраженное снижение либидо. Этот соматический синдром обычно считается присутствующим при наличии хотя бы четырех упомянутых выше симптомов.

7. Категория легкого (F32.0x), умеренного (F32.1x) и тяжелого (F32.2 и F32.3x) депрессивного эпизода должна использоваться для единичного (первого) депрессивного эпизода. Дальнейшие депрессивные эпизоды должны быть квалифицированы в одном из подразделений рекуррентного депрессивного расстройства (F33.-).

8. Три степени тяжести так обозначены, чтобы включить большой диапазон клинических состояний, которые встречаются в психиатрической практике. Больные с легкими формами депрессивных эпизодов часто встречаются в первичных медицинских и общих медицинских учреждениях, в то время как стационарные отделения в основном имеют дело с больными, у которых депрессия более тяжелой степени.

Проявления депрессии очень разнообразны и варьируют в зависимости от формы заболевания.

Типичные признаки депрессивного расстройства:

1. Тоска — эмоциональное состояние с преобладанием грусти, подавленности:

- страдание, отчаяние;
- тоска с оттенком грусти;
- тоска с оттенком витальности;
- подавленность;
- угнетенность;
- печаль с чувством озабоченности;
- уныние;
- грусть;
- щемящее чувство гнета в груди/эпигастрии («душевная боль», психалгия);
- отчаяние, чувство безысходности.

2. Ангедония — безрадостность, исчезновение чувства наслаждения, способности испытывать удовольствие и радость:

- потеря удовольствия на уровне витальных чувств (утрата чувства голода, насыщения, вкусовых ощущений пищи, прием пищи по необходимости);
- утрата реакции на приятные события и известия.

3. Антивитальные и суицидальные мысли и попытки.

4. Тревога — беспочвенное беспокойство, предчувствие опасности/катастрофы, внутреннее напряжение, чувство невозможности расслабиться, бояз-

ливое ожидание; чувство внутреннего напряжения, ожидание беды.

5. Апатия — дефицит побуждений, утрата жизненного тонуса, бодрости, энергии, вялость, безразличие.

6. Двигательная несостоятельность — бездеятельность, вялость, отсутствие желаний, исчезновение чувств бодрости, энергии, все делается через силу, откладывается или не делается вообще.

7. Пессимизм — пониженная самооценка, повышение чувства ответственности, вины, переживание своей никчемности, порочности, негативная переоценка прошлого, настоящего и будущего.

8. Ипохондрические мысли — преувеличение тяжести, опасности, мысли о бесперспективности лечения.

9. Вегетативные нарушения (колебания кровяного давления, чаще в сторону гипертензии, анорексия, иногда — булимия, порой их сочетание, падение массы тела, запоры, диспептические расстройства, нарушения или отсутствие менструального цикла; повышение сахара в крови, снижение или исчезновение либидо; разнообразные нарушения сна; чувство несвежести в голове, тяжести, разбитости, вялости).

10. Раздражительность.

11. Чувство вины, идеи самообвинения.

12. Недовольство собой, снижение уверенности в себе, снижение самооценки.

13. Снижение интереса к окружающему миру.

14. Утрата способности переживать какие-либо чувства (в случаях глубоких депрессий).

Депрессивная симптоматика встречается:

- при эндогенных психических расстройствах (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство, шизофрения);
- экзогенных психических расстройствах (депрессии, связанные с алкоголизмом, травмами головы и др.);
- психогенные психические расстройства (расстройства адаптации, тревожно-депрессивные состояния, реактивные депрессии);
- соматогенные психические расстройства (при соматических заболеваниях, например инфаркте миокарда).

При депрессиях происходят специфические нарушения нейрхимических процессов (обмена нейромедиаторов, таких как серотонин, норадреналин, ацетилхолин и др.). Эти нарушения, в свою очередь, могут быть наследственно обусловлены

Депрессии могут возникать в виде единичных, разных по тяжести эпизодов болезни или протекать длительно в виде повторяющихся обострений.

У некоторых пациентов депрессия носит хронический характер, продолжаясь в течение многих лет и не достигая значительной тяжести (дистимия).

Классификация депрессий:

- тоскливая — классическая депрессия;

- астеническая (депрессия истощения) — в данном варианте астения является одним из основных проявлений депрессии;
- адинамическая — в клинической картине преобладают двигательная заторможенность, адинамия, бессилие, потеря инициативы;
- апатическая — в клинике депрессии доминирует дефицит побуждений, желаний с падением жизненного тонуса; сохраняющаяся активность совершается в силу необходимости, «автоматически»;
- тревожная — наряду с подавленностью имеет место выраженная тревога, сопровождающаяся вегетативными нарушениями;
- анестетическая — определяется явлениями отчуждения эмоций, чувств;
- дисфорическая (угрюмая) — большой удельный вес гневливости, злости, раздражительности, мрачной угрюмости;
- дистимия — затяжная, хронически протекающая непсихотическая депрессия;
- ларвированная (маскированная, соматизированная) — основные, ведущие депрессивные симптомы (тоска, подавленность) отступают на второй план и «прячутся» под маской многочисленных, обильных соматических жалоб (вегетативные нарушения, «мнимые» боли, нарушения сна, сексуальные расстройства, нарушения влечений и т. д.).

Выбор адекватной медицинской тактики во многом зависит от степени тяжести депрессии. Различают:

- депрессии легкие (субдепрессии) — симптоматика стертая, малой степени выраженности, чаще превалирует один депрессивный симптом. Собственно депрессивные симптомы могут быть маскированы соматовегетативными проявлениями. Незначительное влияние на профессиональное и социальное функционирование;
- депрессии средней тяжести — симптоматика выражена умеренно, отчетливое снижение профессионального и социального функционирования;
- депрессии тяжелые — присутствие большинства проявлений депрессивного симптомакомплекса, в т. ч. суицидальных мыслей и попыток, возможны психотические проявления (с бредовыми идеями вины). Выраженное нарушение профессионального и социального функционирования.

Медико-психосоциальная помощь больным депрессивными расстройствами

На основе синергетической концепции формирования депрессивных расстройств нами разработана программа медико-психосоциальной помощи больным. Данная программа включает три блока: медицинский, психологический и социальный (табл. 2).

Медицинский блок в рамках соматогенеза включает оказание помощи специалистами общей практики,

Таблица 2

Программа медико-психосоциальной помощи больным депрессивными расстройствами

Блок программы	Фрактал					
	Предиспозиции: ангедоническая семья	Латентный: ангедонический диатез	Инициальный: первичный астено-депрессивный невроз	Развернутой клинической картины депрессивного расстройства	Хронизации: формы и типы течения депрессивного расстройства	Исхода: сомато-психические осложнения депрессивного расстройства
Медицинский	Включение лиц с наследственной предрасположенностью к неврозам в группу риска и раннее их профилактическое обследование	Выявление лиц со слабым и неуравновешенным типами нервной системы	Диагностика невроза; медикаментозные и немедикаментозные воздействия	Постановка клинического диагноза соматоформного расстройства, назначение медикаментозной терапии, профилактика осложнений	Контроль за соматическим состоянием; адекватная медикаментозная терапия	Лечение соматических и психических осложнений соматоформного расстройства
Психологический	Выявление лиц, воспитывающихся в условиях неврозогенной семьи и включение их в группу риска	Коррекция преморбидных личностных особенностей (акцентуаций), повышение стрессоустойчивости	Коррекция психосоматических реакций, психотерапия	Коррекция нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Коррекция психосоматических нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Психологическая реабилитация
Социальный	Выявление и коррекция дисгармонии семейных отношений	Коррекция семейных отношений и гармонизация социализации личности	Гармонизация значимых социальных отношений	Адаптация к заболеванию, коррекция межличностных проблем	Профессиональная и семейная адаптация	Социальная реабилитация

врачами терапевтами. Психологический блок помощи в рамках психогенеза предполагает участие специалистов, занимающихся психическим здоровьем: психотерапевтов, клинических психологов, психиатров. Социальная помощь оказывается в векторе социогенеза с участием специалистов социальных служб (специалистов по социальной работе, социальных работников).

Первичные профилактические мероприятия должны проводиться еще в фрактале предиспозиции (неврозогенная семья), где они могут быть направлены на выявление наследственной, психофизиологической предрасположенности и гармонизацию семейных отношений.

В латентном фрактале мероприятия направлены на выявление лиц, склонных к развитию депрессивных расстройств (со слабой и неуравновешенной нервной системой, высоким уровнем тревожности, психастенической, астеноневротической, истерической акцентуацией характера), коррекцию социализации личности, преморбидных особенностей.

В инициальном фрактале при возникновении первичного невроза предполагаются медикаментозные и немедикаментозные воздействия, препятствующие развитию депрессивных расстройств.

Во фрактале развернутой клинической картины депрессивных расстройств требуется ранняя квалифицированная медицинская, психологическая и социальная помощь.

Своевременное выявление и адекватная диагностика депрессивных расстройств имеет решающее значение для успешной терапии и благоприятного прогноза заболевания.

Медицинский блок программы

Лечение депрессивных расстройств прежде всего включает психофармакотерапию. Выбор психофармакологических препаратов основывается на выявлении ведущих клинических симптомов, понимании патогенетических механизмов формирования депрессии и должен также учитывать возраст, пол и соматическое состояние больного [7, 14].

Антидепрессанты — основная группа психофармакологических препаратов, применяемых в лечении депрессивных расстройств. Относительно легко протекающие неврозоподобные циклотимические, маскированные или реактивные депрессии также являются показанием для их назначения, хотя и в уменьшенных дозах. Для достижения терапевтического эффекта необходимо в кратчайший срок подобрать индивидуальную дозу, которая способна вызывать антидепрессивное действие без выраженных побочных эффектов.

В практическом отношении важно подразделение антидепрессантов на препараты преимущественно седативного, стимулирующего и сбалансированного действия. К группе антидепрессантов седативного действия относят amitриптилин, доксепин, миансерин (леривон), азафен; к группе антидепрессантов-стимуляторов — моклобемид (аурорикс) нортриптилин, имипрамин, бупропион, флуоксетин; к антидепрессантам со сбалансированным действием — мапротилин (лудиомил), пиразидол, тианептин (коаксил, стаблон), кломипрамин (анафранил).

Характер терапевтической эффективности обуславливает преимущественное применение трициклических антидепрессантов (ТЦА) при лечении тяжелых

депрессий, селективных ингибиторов серотонина при средних и легких вариантах. Последние типы депрессивных расстройств встречаются довольно часто у пациентов инволюционного периода, включая в клиническое состояние апатию, нарушения концентрации внимания, расстройства памяти. Появление аффективных нарушений на фоне различных соматических заболеваний обуславливает повышенные требования при выборе препарата и схем его применения.

При лечении любыми антидепрессантами необходимо знать, что клиническое воздействие данных препаратов имеет определенную закономерность. На первом этапе под влиянием того или иного препарата (в зависимости от его группы) отмечается уменьшение тревоги, психомоторного возбуждения, улучшение структуры сна, повышение психической, вегетативной и моторной активности. И только на следующем этапе, через 1–2 месяца, можно ожидать проявления основного антидепрессивного эффекта [3].

После назначения антидепрессантов в амбулаторных условиях необходимо регулярное наблюдение за больным. Лечение начинают с минимальных терапевтических доз с постепенным увеличением через 10–14 дней до терапевтической дозы, в случае появления побочных явлений отменяют препарат. Особое внимание необходимо уделить лечению пожилых больных, у которых для получения терапевтического эффекта достаточно половины средней терапевтической дозы, поэтому начальные их дозы должны быть минимальными с постепенным увеличением.

Противопоказаниями для применения антидепрессантов являются: повышенная чувствительность к препаратам, психомоторное возбуждение, спутанность сознания, эпилепсия, поражения почек и печени, выраженная тревога, бред, галлюцинации, гипертиреоз, феохромоцитома, суицидальные попытки, тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, инфаркт миокарда, стойкая артериальная гипотензия, глаукома, аденома предстательной железы, атония кишечника и мочевого пузыря, беременность и кормление грудью, также антидепрессанты противопоказаны при вождении автомобиля и другой работе, требующей быстрой и адекватной реакции. Важно постоянно помнить, что суицидальные тенденции у больных на фоне лечения, особенно при лечении антидепрессантами с выраженным стимулирующим действием, могут усиливаться.

Назначение ТЦА соматическим больным крайне нежелательно вследствие их негативного влияния на сердечно-сосудистую систему. В терапевтических дозах они могут вызывать рефлекторную тахикардию, ортостатическую гипотонию, особенно у пожилых больных, удлинение интервалов PQ, QRS и QT [8].

На фоне лечения ТЦА отмечаются неблагоприятные поведенческие эффекты: сонливость, снижение уровня внимания, ухудшение памяти, затруднение интеллектуальной деятельности, нарушение тонкой координации движений. Побочные соматотропные и поведенческие эффекты ТЦА связаны с их неселек-

тивностью — влиянием на несколько групп рецепторов ЦНС (альфа₁-адренорецепторы, серотониновые, мускариновые и гистаминовые H₁-рецепторы).

Антидепрессанты нового поколения обладают селективностью и в этой связи лишены побочных свойств, характерных для ТЦА. Они почти не уступают ТЦА по антидепрессивной эффективности и превосходят их по переносимости и безопасности применения.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) тормозят обратное проникновение серотонина из синаптической щели внутрь пресинаптического нейрона и не оказывают существенного влияния на другие нейромедиаторы. Они отличаются большей селективностью в отношении блокирования обратного захвата серотонина, чем обратного захвата норадреналина (по меньшей мере в 10 раз). СИОЗС отличаются хорошей переносимостью из-за незначительного сродства к альфа₁-адренорецепторам, м-холинорецепторам, гистаминовым H₁-рецепторам. Они более безопасны при передозировке. Побочные эффекты препаратов этой группы минимальны. Описаны побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта (сухость во рту, тошнота, диарея), а также сонливость, головные боли, головокружение, тремор, потливость. Побочные эффекты отмечаются не часто, как правило на 1–2 неделе лечения, и во многих случаях редуцируются самостоятельно.

Препараты группы СИОЗС обладают не только антидепрессивным, но и противотревожным (анксиолитическим) действием, в связи с чем они эффективны у больных депрессией с сопутствующей тревожной симптоматикой, а также при панических расстройствах, фобических синдромах.

В группу СИОЗС входят флуоксетин (прозак), сертралин (золофт, асентра), пароксетин (паксил), флувоксамин (феварин), циталопрам (ципрамил), эсциталопрам (ципралекс). Как и в случае с транквилизаторами, принадлежность к одной фармакологической группе не исключает наличия у препаратов некоторых специфических особенностей. Так, различают СИОЗС с седативным (флувоксамин), стимулирующим (флуоксетин) и сбалансированным (циталопрам, эсциталопрам, сертралин, пароксетин) эффектами, хотя этой группе антидепрессантов в целом присуще сочетание активирующего (тимоаналептического) и противотревожного (без выраженной седации) свойств.

Хотя все СИОЗС имеют сходный механизм действия, тем не менее отдельные препараты этой группы различаются по химической структуре, а также по степени связывания с несеротониновыми рецепторами ЦНС, то есть по степени селективности. Наибольшей селективностью в группе СИОЗС обладает циталопрам (ципрамил) и его изомер эсциталопрам (ципралекс). Высокая селективность обеспечивает хорошую переносимость и безопасность этих препаратов у наиболее уязвимых групп больных — пожилых людей с органическими поражениями ЦНС.

Целесообразно рекомендовать придерживаться следующих основных принципов приема антидепрессантов:

- отдавать предпочтение антидепрессантам нового поколения;
- не превышать рекомендуемые дозы антидепрессантов;
- учитывать отсроченность клинического эффекта большинства антидепрессантов: антидепрессивный эффект нарастает постепенно и становится значимым к концу первых двух недель терапии;
- соблюдать определенную длительность курсового приема — не менее 1,5 месяца. При выраженных, рекуррентных, а также затяжных депрессивных состояниях длительность лечения может быть увеличена до 2–6 месяцев и более в зависимости от состояния пациента;
- избегать комбинаций психотропных препаратов (из-за повышения риска побочных эффектов и возможной интеракции психотропных средств).

Транквилизаторы применяются при лечении депрессий с наличием тревожного компонента (при психогенных реактивных депрессиях). Это психофармакологические анксиолитические средства, подавляющие чувство тревоги, беспокойства, страха. Большинство анксиолитиков обладают также седативным, миорелаксирующим, снотворным и противосудорожным действием.

Наиболее обширную группу анксиолитических препаратов составляют производные бензодиазепаина. Наиболее широко используются в клинической практике 2-кето- (хлордиазепоксид, диазепам, хлоразепам), 3-гидрокси- (оксазепам, лоразепам, темазепам) и триазолобензодиазепины (альпразолам, триазолам — относятся к тимотранквилизаторам).

При необходимости (глубина психопатологического регистра, эндореактивный характер симптоматики, коморбидность депрессивного синдрома с выраженными нарушениями когнитивного спектра) используется терапевтическая комбинация транквилизаторов и/или антидепрессантов с нейролептиками, а также с препаратами других психофармакологических групп (тимостабилизаторами).

Психологический блок программы

Важнейшим компонентом лечения депрессивных расстройств является психотерапия. Психотерапия при депрессиях помогает больным развить навыки эмоциональной саморегуляции и в дальнейшем более эффективно справляться с кризисными ситуациями. Применяются самые разнообразные виды психотерапии: рациональная, когнитивная, медитативная, гипнотерапия, семейная и др.

Согласно психодинамической терапии, психологической основой депрессии являются внутренние бессознательные конфликты. Цель терапии — осознание конфликта и помощь в его конструктивном разрешении: научиться находить баланс независимости и близости, развить способность конструк-

тивно выражать свои чувства и сохранять при этом отношения с людьми.

Поведенческая психотерапия направлена на разрешение текущих проблем пациента и снятие поведенческих симптомов: пассивности, отказа от удовольствий, монотонного образа жизни, изоляции от окружающих, невозможности планирования и вовлечения в целенаправленную активность.

Когнитивная психотерапия представляет собой синтез обоих вышеназванных подходов и соединяет в себе их преимущества. Она сочетает работу с актуальными жизненными трудностями и поведенческими симптомами депрессии и работу с их внутренними психологическими источниками (глубинными представлениями и убеждениями). В качестве основного психологического механизма депрессии в когнитивной психотерапии рассматривается так называемое негативное мышление, которое выражается в склонности депрессивных больных рассматривать все происходящее с ними в негативном свете. Изменение такого способа мышления требует тщательной индивидуальной работы, которая направлена на развитие более реалистичного и оптимистичного взгляда на себя, на мир и на будущее.

Социальный блок программы

Социальная помощь при депрессивных расстройствах включает в себя коррекцию различных социальных взаимодействий. Для этих целей используется групповая и семейная психотерапия.

Групповая психотерапия — это работа в группе людей со сходными проблемами, где под руководством психотерапевта проявляются психологические причины межличностных и внутриличностных конфликтов, развиваются способности напрямую выражать свои чувства, отрабатываются навыки межличностного взаимодействия.

Семейная терапия направлена на распознавание и разрешение специфических семейных проблем и способствует улучшению качества отношений.

Для коррекции социальных отношений при депрессии может использоваться подход, разработанный Р. М. Lewinsohn и его коллегами [15], который включает подачу информативных знаний и обучение следующим техникам: контроль за депрессивными настроениями через релаксацию, наращивание числа позитивных событий, блокировка негативных мыслей, эффективность общения, разрешение проблем, выработка социальных навыков.

Для преодоления депрессивного состояния может использоваться системный интерперсональный подход, предложенный I. H. Gotlib и С. А. Sobly [12], который представляет собой систему семейной терапии, учитывающую интрафизические (когнитивные) и интерперсональные факторы. Этот подход напоминает нисходящее продолжение интерперсональной психотерапии, применяемой в семейном контексте, и исходит из того, что по крайней мере частично депрессия обусловлена и развивается под воздействием семейных взаимоотношений. Кроме того, депрессия зачастую

выполняет некоторые внутрисемейные функции, в частности, депрессивные проявления у ребенка могут снять или притушить супружеский конфликт между родителями. Системная интерперсональная терапия в целом непродолжительна, действенно ориентирована и акцентирована на настоящем. В процессе психотерапии исследуются взаимодействия членов семьи, поддерживающие депрессию, и фокус переносится с индивида, страдающего депрессией, на семью в целом. Семейная психотерапия часто дополняется индивидуальной, где страдающему депрессией разъясняется негативность собственного когнитивного стиля и воздействие его поведения на других; кроме того, у него формируется потребность в увеличении числа приятных видов деятельности, в которых он может принимать участие.

Для коррекции взаимоотношений может использоваться тренировка социальных навыков путем приобретения позитивного опыта, изменяющего самовосприятие, и изменения схемы негативного мышления. Необходимо изменить негативное мнение о себе и своем будущем на противоположное.

В рамках социальной реабилитации может использоваться тренинг социальных навыков, направленный на повышение устойчивости пациентов к стрессовым воздействиям (требования общества, семейные конфликты), и его целью является формирование навыков взаимодействия с различными государственными учреждениями, распределение домашнего бюджета, ведение домашнего хозяйства, покупки, проведение свободного времени и навыков межличностных взаимоотношений (беседа, дружеские и семейные отношения).

Во время тренинга определяются проблемы, с которыми сталкиваются пациенты в повседневной жизни. Совместно с больными устанавливаются цели тренинга, затем проводится репетиция поведения в форме ролевых игр, которые имитируют реальные ситуации повседневной жизни, позже идет практика в реальной жизни — применение полученных навыков вне искусственных условий обучения, но при этом сохраняется контроль терапевта и, наконец, самостоятельное применение пациентом полученных навыков в повседневной жизни.

Таким образом, предложенная программа медико-психосоциальной помощи, включающая все многообразие технологий ментальной медицины, позволяет системно и преемственно проводить превентивно-коррекционное укрепление ментального здоровья в первых трех донозологических фазатах, а также оказывать лечебно-реабилитационную помощь на клинических фазатах ментального недуга.

Список литературы

1. Захаров А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. М.: Каро, 2006. 672 с.
2. Карвасарский Б. Д., Подсадный С. А., Черняевский В. А., Чехлытый Е. И. О вкладе В. Н. Мясищева в на-

учную разработку проблемы психосоматических расстройств // Вестник психотерапии. 2012. № 41. С. 9–24.

3. Ковров Г. В., Лебедев М. А., Палатов С. Ю. Депрессия в общей практике // Русский медицинский журнал. 2010. № 8. С. 504–507.

4. Корнетов Н. А., Корнетов А. Н., Попова Г. А. Сравнительная оценка распространенности депрессивных расстройств в профильных отделениях соматического стационара // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 15, вып. 3. С. 30–34.

5. Краснов В. Н. Образовательная программа по депрессивным расстройствам. В 3 т. Т. 1–3. М.: Московский НИИ Психиатрии, 2010. 119 с., 171 с., 303 с.

6. Крупина Н. А. Недостаточность дофаминергической nigrostriatной системы как дизрегуляторный механизм экспериментального дофаминзависимого депрессивного синдрома // Дизрегуляторная патология. М.: Медицина, 2002. С. 506–514.

7. Пилягина Г. Я. Депрессивные нарушения // Журнал практического врача. 2003. № 1. С. 40–49.

8. Погосова Г. В. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общей медицинской практике // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007. № 1. С. 3–24.

9. Сидоров П. И., Новикова И. А. Ментальная медицина: методология и практика // LAP LAMBERT Academic Publishing, 2012. С. 693.

10. Смилевич А. Б. Психические расстройства в клинической практике. М.: Медпресс-информ, 2011. 720 с.

11. Топчий Н. В. Депрессивные расстройства в практике поликлинического врача // Фарматека. 2005. № 10(105). С. 36–41.

12. Gotlib I. H., Cobby C. A. Treatment of depression: An interpersonal system approach. N. Y.: Pergamon, 1987. P. 91–113.

13. Ilic N. P01-377 - Psychosomatic diseases and depression with general practice physicians // European Psychiatry. 2011. Vol. 26, Suppl. 1. P. 380.

14. James R. Rundell Factors Associated with Depression Treatment-Response in an Outpatient Psychosomatic Medicine Practice: An Exploratory Retrospective Study // Psychosomatics. 2012. Vol. 53, Issue 4. P. 387–391.

15. Lewinsohn P. M. et al. Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. Paper presented at the annual meeting of the American Association of Child and Adolescent Psychiatry. Washington, 1987.

References

1. Zakharov A. I. *Proiskhozhdenie detskikh nevrozov i psikhoterapiya* [Nature of children's neuroses and psychotherapy]. Moscow, 2006, 672 p. [in Russian]

2. Karvasarskii B. D., Podsadnyi S. A., Chernyaevskii V. A., Chekhlytyi E. I. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Newsletter]. 2012, no. 41, pp. 9-24. [in Russian]

3. Kovrov G. V., Lebedev M. A., Palatov S. Yu. *Russkii meditsinskii zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2010, no. 8, pp. 504-507. [in Russian]

4. Kornetov N. A., Kornetov A. N., Popova G. A. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya* [Social and Clinical Psychotherapy]. 2006, vol. 15, iss. 3, pp. 30-34. [in Russian]

5. Krasnov V. N. *Obrazovatel'naya programma po depressivnym rasstroistvam* [Educational program in depressive disorders], vol. 1-3, Moscow, 2010. [in Russian]

6. Krupina N. A. *Dizregulyatsionnaya patologiya* [Dysregulatory pathology]. Moscow, 2002, pp. 506-514. [in Russian]
7. Pilyagina G. Ya. *Zhurnal praktichnogo likarya* [Journal of Practical Doctor]. 2003, no. 1, pp. 40-49. [in Russian]
8. Pogosova G. V. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular therapy and prevention]. 2007, no. 1, pp. 3-24. [in Russian]
9. Sidorov P. I., Novikova I. A. *LAP LAMBERT Academic Publishing*, 2012, p. 693. [in Russian]
10. Smulevich A. B. *Psikhicheskie rasstroistva v klinicheskoi praktike* [Psychic disorders in clinical practice]. Moscow, 2011, 720 p. [in Russian]
11. Topchii N. V. *Farmateka* [Pharmateca]. 2005, no. 10(105), pp. 36-41. [in Russian]
12. Gotlib I. H., Cobly C. A. Treatment of depression: An interpersonal system approach. *N. Y., Pergamon*, 1987, no. 15, pp. 91-113.
13. Ilic N. P01-377 - Psychosomatic diseases and depression with general practice physcists. *European Psychiatry*. 2011, vol. 26, suppl. 1, p. 380.
14. James R. Rundell Factors Associated with Depression Treatment-Response in an Outpatient Psychosomatic Medicine Practice: An Exploratory Retrospective Study. *Psychosomatics*. 2012, vol. 53, issue 4, pp. 387-391.
15. Lewinsohn P. M. et al. Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Paper presented at the annual meeting of the American Association of Child and Adolescent Psychiatry*. Washington, 1987.

SYNERGETIC CONCEPTION OF DEPRESSIVE DISORDERS

P. I. Sidorov, *I. A. Novikova

*Northern State Medical University,
Northern (Arctic) Federal University, Arkhangelsk, Russia

In the article, application of a synergetic methodology for assessment of progression and correction of depressive disorders has been grounded, there have been separated fractals of a predisposition (anhedonic family), latent (anhedonic diathesis), initial (astenodepressive neurosis), full-scaled picture of depressive disorders, chronization (course forms and types), fate (somatopsychic complications). A program of medical-psychosocial aid has been proposed including technologies of mental medicine both for preventive-correctional promotion of mental illnesses and for medical-rehabilitation aid on different fractals of mental diseases.

Keywords: depressive disorder, synergetic conception, mental medicine, mental health, mental illnesses, medical-psychosocial aid

Контактная информация:

Сидоров Павел Иванович – академик РАМН, директор института ментальной медицины ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России

Адрес: 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51
E-mail: pavelsidorov13@gmail.com