

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ СМЕШАННОГО ТРЕВОЖНОГО И ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Н.А. Забылина

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Новосибирск)

По данным ВОЗ, число депрессивных больных в популяции достигает 3–5 %. Т. W. Strine с соавт. (2005) отмечают, что распространенность тревожных расстройств составляет 15 %. По данным А. Ferriman (2001), распространенность смешанного тревожного и депрессивного расстройства составляет 12 % у женщин и 7 % у мужчин. Увеличение показателей частоты депрессии и тревоги объясняют социально-стрессовыми факторами, увеличением продолжительности жизни, эволюционным и терапевтическим патоморфозом и другими причинами.

Депрессия и тревога в значительной мере перекрывают друг друга по клиническим симптомам и патофизиологическим механизмам. Выделяют варианты депрессии, обозначаемые как «смешанная тревожная депрессия», «депрессия, связанная с серотонином», смешанное тревожное и депрессивное расстройство (СТДР) – F 41.2 в МКБ-10. Четкие диагностические критерии СТДР в данной классификации отсутствуют. Расстройство характеризуется сочетанием тревожных и депрессивных проявлений при наличии минимум нескольких вегетативных симптомов (например, тремор, сердцебиение, абдоминальный дискомфорт). Смешанное тревожное и депрессивное расстройство диагностируется в случае относительного равновесия этих явлений. В DSM-IV приводятся исследовательские критерии смешанного тревожно-депрессивного расстройства, помещаемого в диагностический класс «Тревожные расстройства».

Данная группа расстройств по-прежнему является наиболее сложной для диагностики, назначения адекватной фармакотерапии и проведения психотерапии.

Ключевые слова: депрессия, тревога, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, диагностика смешанного тревожного и депрессивного расстройства.

По данным ВОЗ, число депрессивных больных в популяции достигает 3–5 % [2]. Т. W. Strine с соавт. (2005) отмечают, что распространенность тревожных расстройств составляет 15 % [33]. Депрессия и тревога – наиболее частые расстройства в первичной врачебной практике. Это было выявлено при больших эпидемиологических исследованиях 90-х годов. В России 6–7 % населения страдает депрессивными и тревожными расстройствами [4]. По данным А. Ferriman (2001), распространенность смешанного тревожного и депрессивного расстройства составляет 12 % у женщин и 7 % у мужчин [20]. Увеличение показателей частоты депрессии и тревоги объясняют социально-стрессовыми факторами, увеличением продолжительности жизни, эволюционным и терапевтическим патоморфозом и другими причинами.

Депрессия и тревога в значительной мере перекрывают друг друга по клиническим симптомам и патофизиологическим механизмам. Согласно данным литературы, тревога присутствует в клинической картине депрессии у значительной части больных. Так, 85 % пациентов с депрессией имеют выраженные симптомы тревоги, и 58 % страдают тревожными расстройствами в течение всей жизни [1, 5, 7, 10, 11, 14, 21, 18, 27, 29, 30, 31,

36]. У молодых пациентов коморбидность тревожного расстройства является важным прогностическим показателем, который предопределяет более тяжелое течение депрессии, хронизацию заболевания [15, 16, 28, 32], увеличение суицидального риска [8, 22, 24], более длительный курс лечения и снижение эффективности лечения [13, 23, 19], такие же взаимосвязи наблюдаются и при заболеваниях в среднем и пожилом возрасте [9].

Выделяют варианты депрессии, обозначаемые как «смешанная тревожная депрессия» [12], «депрессия, связанная с серотонином» [35], смешанное тревожное и депрессивное расстройство (СТДР) – рубрика F 41.2 в МКБ-10. Четкие диагностические критерии СТДР в данной классификации отсутствуют. Приводится лишь общее определение, согласно которому состояние в этих случаях соответствует тревожной депрессии, характеризующейся сочетанием тревожных и депрессивных проявлений при наличии минимум нескольких вегетативных симптомов (например, тремор, сердцебиение, абдоминальный дискомфорт). Смешанное тревожное и депрессивное расстройство диагностируется в случае относительного равновесия этих явлений [3].

В DSM-IV среди исследовательских критериев смешанного тревожно-депрессивного расстройства, помещаемого в диагностический класс «Тревожные расстройства», приводятся следующие характеристики.

Диагностические критерии смешанного тревожно-депрессивного расстройства: персистирующее или периодически возникающее расстройство настроения с чертами дисфории длительностью не менее 1 месяца и выявлением 4 и более из следующих 10 симптомов: затруднения концентрации внимания; нарушения сна (затрудненное засыпание, сонливость или беспокойный, не приносящий отдыха сон); чувство слабости или утраты энергии; раздражительность; беспокойство; плаксивость; склонность к чрезмерным опасениям; ожидание худшего; безнадежность (глубокий пессимизм в отношении будущего); низкая самооценка или чувство собственной малоценности [17].

Врачи все чаще наблюдают депрессивные расстройства меньшей глубины, но при этом в клинической картине депрессий почти облигатными или, по крайней мере, очень частыми становятся проявления или переживания тревожного беспокойства, степень выраженности которого может варьировать в различных пределах. Как правило, тревожность сопровождается разного рода опасениями, страхом, и чаще всего это касается темы здоровья с ипохондрической озабоченностью. Витальные переживания тоски и душевной боли замещаются разнообразными телесными ощущениями, нередко алгического характера. Болезненное переживание тревоги приобретает выраженный физический характер и описывается больными, как мучительное внутреннее напряжение, тягостное волнение, внутренняя дрожь. Основные психические симптомы: тревога, беспокойство, раздражительность и нетерпеливость, напряженность, невозможность расслабиться, усталость, ощущение взвинченности и пребывания на грани нервного срыва, чувство нереальности, сниженный фон настроения,

снижение чувства удовольствия от хобби, социальной активности. Когнитивные нарушения: снижение способности сконцентрироваться, ухудшение памяти, астения, инсомния. Соматические проявления: вегетативные симптомы – сердцебиение (вплоть до пароксизмальной тахикардии), ощущение перебоев в работе сердца, чувство сдавления, сжатия или боли в грудной клетке, ощущение нехватки воздуха, повышение или понижение артериального давления, тремор, сухость во рту, чувство «кома» в горле, локальная или диффузная потливость, тошнота, диарея, спастические боли в животе, урчание, метеоризм, частые позывы на мочеиспускание, бледность или покраснение кожи, «гусиная кожа», головокружение, ощущение «падения в обморок», нарушение сексуальной функции; симптомы, связанные с хроническим мышечным напряжением – головные боли напряжения, миалгии, боли в спине и пояснице, мышечные подергивания, стойкая слабость, дрожь, шаткость, покалывания и мурашки [5, 6, 34].

Данная группа расстройств является наиболее сложной для диагностики, назначения адекватной фармакотерапии и проведения психотерапии. Препаратами выбора для лечения тревожно-депрессивных расстройств являются СИОЗС [25, 26, 35].

Список литературы

1. *Аведисова А. С.* Контролирование симптомов тревоги и лечение тревожно-фобических расстройств – альтернатива или нет? / А. С. Аведисова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т. 8, № 5. – С. 13–19.
2. *Вертоградова О. П.* Тревога и обсессии / О. П. Вертоградова // В кн. : Тревожно-фобические расстройства и депрессия / Под ред. проф. А. Б. Смулевича. – М., 1998. – С. 113–131.
3. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр) : Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике ; пер. на русский язык под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина.* – СПб. : «АДИС», 1994. – 303 с.
4. *Ротштейн В. Г.* Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств / В. Г. Ротштейн, М. Н. Богдан, М. Е. Суетин // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7, № 2. – С. 32–43.
5. *Смулевич А. Б.* Депрессии в общесоматической практике / А. Б. Смулевич. – М., 2000. – 140 с.
6. *Старостина Е. Г.* Тревога и тревожные расстройства в практике кардиолога / Е. Г. Старостина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – Т. 5, № 3. – С. 111–120.
7. *Тиганов А. С.* Эндогенные депрессии : вопросы классификации и систематики / А. С. Тиганов // В кн. : Депрессия и коморбидные расстройства / Под ред. проф. А. Б. Смулевича. – М., 1997. – С. 12–26.

8. *Allgulander C.* Causes of death among 936 elderly patients with «pure» anxiety neurosis in Stockholm County, Sweden, and in patients with depressive neurosis or both diagnoses / C. Allgulander, P. W. Lavori // *Comprehensive Psychiatry*. – 1993. – Vol. 34. – P. 299–302.
9. *Andreescu C.* Effect of comorbid anxiety on treatment response and relapse risk in late-life depression : controlled study / C. Andreescu [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. – 2007. – Vol. 190. – P. 344–349.
10. *Angst J.* The Zurich Study : a prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes / J. Angst, A. Dobler-Mikola, J. Binder // *European Archives of Psychiatry and Neuroscience*. – 1984 – Vol. 234. – P. 13–20.
11. *Blazer D.* Depressive symptoms and depressive diagnoses in a community population: use of a new procedure for analysis of psychiatric classification / D. Blazer [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 1988. – Vol. 45. – P. 1078–1084.
12. *Boyer W. F.* Utility of SSRIs in anxious depression / W. F. Boyer, J. P. Feighner // In : *SSRIs in Depression and Anxiety* / Eds. S. A. Montgomery and J. A. den Boer. – Second Edition. – John Wiley and Sons Ltd., 2001. – P. 178–185.
13. *Brown C.* Phenomenology and severity of major depression and comorbid lifetime anxiety disorders in primary medical care practice / C. Brown, H. C. Schulberg, M. K. Shear // *Anxiety*. – 1996. – Vol. 2. – P. 210–218.
14. *Brown G. W.* Life event, vulnerability and onset of depression: some refinements / G. W. Brown, A. Bifulco, T. O. Harris // *British J. of psychiatry*. – 1987. – Vol. 150. – P. 30–42.
15. *Clayton P. J.* Follow-up and family study of anxious depression / P. J. Clayton [et al.] // *American J. of Psychiatry*. – 1991. – Vol. 148. – P. 1512–1517.
16. *Coryell W.* Anxiety syndromes as epiphenomena of primary major depression: outcome and familial psychopathology / W. Coryell, J. Endicott, G. Winokur // *American J. of Psychiatry*. – 1992. – Vol. 149. – P. 100–107.
17. *Diagnostic and statistical manual for mental disorders – DSM–IV (4th ed.)*. – Washington : American Psychiatric Association, 1994.
18. *Eaton W. W.* Distinguishing anxiety and depression with field survey data / W. W. Eaton, C. Ritter // *Psychological Medicine*. – 1988. – Vol. 18. – P. 156–166.
19. *Fava M.* Difference in Treatment Outcome in Outpatients With Anxious Versus Nonanxious Depression: A STAR*D Report / M. Fava [et al.] // *American J. of Psychiatry*. – 2008. – Vol. 1. – P. 156–166.
20. *Ferriman A.* Levels of neurosis remained statistic in the 1990-s / A. Ferriman // *British Medical J.* – 2001. – Vol. 323. – P. 130.
21. *Gorman J. M.* Comorbid depression and anxiety spectrum disorders / J. M. Gorman // *Depression*. – 1997. – Vol. 4. – P. 160–168.

22. *Grucza R. A.* Anxiety in major depression / R. A. Grucza // *American Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158. – P. 1538.
23. *Grunhaus L.* Major depressive disorder and panic disorder: effects of comorbidity on treatment outcome and antidepressant medications / L. Grunhaus [et al.] // *Clinical Neuropharmacology*. – 1988. – Vol. 11. – P. 454–461.
24. *Johnson J.* Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts / J. Johnson, M. M. Weissman, G. L. Klerman // *Archives of General Psychiatry*. – 1990. – Vol. 47. – P. 805–808.
25. *Kasper S.* Depression and Anxiety – Separate or Continuum / S. Kasper // *World J. of Biology and Psychiatry*. – 2001. – Vol. 2. – P. 162–163.
26. *Kessler R. C.* Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey / R. C. Kessler [et al.] // *British J. of Psychiatry*. – 1996. – Vol. 30. – P. 8–21.
27. *Kessler R. C.* Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / R. C. Kessler [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62, N 4. – P. 593–602.
28. *Lenze E. J.* Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients / E. J. Lenze [et al.] // *American J. of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 157. – P. 722–728.
29. *Mittal D.* Impact of Comorbid Anxiety Disorders on Health-Related Quality of Life Among Patients With Major Depressive Disorder / D. Mittal [et al.] // *Psychiatric Services*. – 2006. – Vol. 57. – P. 1731–1737.
30. *Murphy J. M.* Diagnosis and outcome: depression and anxiety in a general population / J. M. Murphy [et al.] // *Psychological Medicine*. – 1986. – Vol. 16. – P. 117–126.
31. *Regier D. A.* Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders / D. A. Regier [et al.] // *British J. of Psychiatry*. – 1998. – Vol. 34. – P. 24–28.
32. *Sherbourne C. D.* Course of depression in patients with comorbid anxiety disorders / C. D. Sherbourne, K. B. Wells // *J. of Affect Disorders*. – 1997. – Vol. 43. – P. 245–250.
33. *Strine T. W.* Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors / T. W. Strine [et al.] // *Social Psychiatry, Psychiatry, Epidemiology*. – 2005. – Vol. 40, N 6. – P. 324–325.
34. *Turner T.* Тревога : ответы на ваши вопросы / T. Turner. – Elsevier Science Limited, 2003. – 175 с.
35. *Van Praag H. M.* Депрессивные, тревожные расстройства, агрессия : попытки распутать гордиев узел / H. M. Van Praag // *Медикография*. – 1998. – Т. 20, № 2 – С. 27–34.
36. *Wittchen H.-U.* Natural course of spontaneous remission of untreated anxiety disorders : Results of the Munich Follow-up Study / H.-U.

Wittchen, D. von Zerssen // In : Panic and phobias / Eds. D. von Zerssen,
H. U. Wittchen. – Berlin, N. Y., 1988. – P. 124–132.