

Н. А. Марута, Ю. Н. Завалко

ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»
(г. Харків)

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГІЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДИСТИМИИ

Данные Всемирной организации здравоохранения свидетельствуют о том, что в настоящее время депрессивные расстройства являются наиболее распространенными психопатологическими нарушениями. Они сопровождают практически все психические и соматические болезни и характеризуются значительным полиморфизмом клинической картины [4, 5, 6, 11].

Распространенность депрессивных расстройств в 90-е годы в странах Европы и в США составляла 5—10 %, тогда как в 60-х годах была равна 0,4—0,8 %. В настоящее время депрессивными расстройствами страдают более 110 млн человек в мире, что составляет 3—6 % от общей популяции [4, 5].

Большинство исследователей считают, что воздействие депрессии на современное общество более значительно, чем многих других хронических соматических заболеваний [1, 5]. Анализ депрессий в Европейском регионе показал, что более 16 % взрослого населения Европы в течение жизни перенесли депрессивный эпизод. Было также установлено, что для лиц, страдающих депрессией характерны высокий риск смертности, значительное ухудшение качества жизни [2, 3, 5, 7, 8, 12].

Наибольшие медико-социальные последствия обусловлены хроническими депрессиями, в частности дистимией [9, 10, 13, 15].

Дистимия является сложным клинико-психопатологическим феноменом. Являясь по определению патологией аффективного регистра и характеризуясь хронической депрессивной симптоматикой, дистимия в тоже время, по мнению ряда авторов, включает в себя депрессивный невроз, депрессивные расстройства личности и тревожные состояния [2, 3, 7, 8].

Такая психопатологическая неоднородность существенно затрудняет понимание клинической сущности данной патологии и создает предпосылки для диагностических ошибок и расхождений, затрудняет проведение этиопатогенетически обоснованной терапии [14].

В связи с вышеизложенным целью настоящего исследования явилось изучение клинико-психопатологических особенностей и патопсихологических механизмов формирования депрессивных расстройств у больных дистимией и разработка принципов терапии данного контингента больных.

Для решения поставленных задач был использован комплекс методов.

1. Клинико-психопатологический метод включал оценку жалоб, анамнеза, психического состояния больного с последующей постановкой диагноза в соответствии с критериями МКБ-10.

Использование клинико-психопатологического метода было дополнено применением психометрических методов:

- а) шкала Гамильтона для оценки депрессий (HDRS);
- б) шкала Цунга для самооценки депрессий;
- в) шкала суицидальных признаков.

2. Патопсихологические методы:

а) методика многофакторного исследования личности Р. Кэттелла;

б) оценка уровня личностной и реактивной тревожности Спилберга — Ханина;

в) тест неоконченных предложений Сакса и Леви.

3. Методы статистической обработки полученных данных.

В исследовании приняло участие 182 человека, у которых, согласно МКБ-10, была диагностирована дистимия (F 34.1).

Контрольная группа состояла из 44 психически здоровых человек и использовалась при исследовании патопсихологических механизмов формирования депрессивных расстройств у больных дистимией.

В ходе исследования установлено, что дистимия является неоднородной формой патологии, в структуре которой в соответствии с этиопатогенетическими факторами и ведущими клинико-психопатологическими проявлениями выделены три варианта: дисфорический, соматовегетативный и сенесто-ипохондрический.

Среди причинных факторов развития дистимии основными являются конституциональные (акцентуации характера), психогенные и биологические (преморбидная тягостность органическими заболеваниями). Роль этих факторов в генезе каждого из вариантов дистимии различна.

При дисфорическом варианте ведущее значение принадлежит акцентуациям характера (астено-невротический тип — 47,8 %, лабильный — 38,1 %, циклоидный — 14,3 %), формирующим низкую стрессоустойчивость, эмоциональную напряженность и депрессивный тип реакции на внешние события.

В генезе соматовегетативного варианта дистимии ведущее место отводится психогенным факторам, которые регистрируются у 91,8 % больных, характеризуются хроническим действием и сочетанностью. Сенесто-ипохондрический вариант дистимии формируется в результате преморбидно измененной «почвы» (ранее перенесенные соматические и неврологические заболевания регистрировались у 91,1 % больных в виде острого бронхита (38,8 %), гастроудоденита (30,5 %), кардиопатий (23,6 %), нейроинфекций (12,7 %), черепно-мозговых травм (5,1 %)).

Клиническая картина дистимии характеризуется сочетанием соматовегетативных, двигательных, сенсорных и собственно психопатологических (преимущественно депрессивных) проявлений. Степень выраженности каждого вида расстройств отличается при различных вариантах дистимии.

У больных с дисфорическим вариантом доминирующей является собственно депрессивная симптоматика: мрачно-раздражительное настроение (100,0 %) с переживанием недовольства собой и окружающими (88,1 %), ощущениями безнадежности, скуки и уныния

(80,9 %), выраженной раздражительностью (90,5 %), злым аффектом (85,7 %) и эмоциональной лабильностью (85,7 %).

При соматовегетативном варианте ведущими являются соматовегетативные проявления, выраженность которых во многом определяет остроту остальных составляющих (двигательных, чувствительных, депрессивных). Соматовегетативные проявления регистрируются в виде нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта (91,8 %), вегетовисцеральных кризов (88,5 %), сердечно-сосудистых расстройств (72,1 %), цефалгий (57,4 %).

Основу клинических проявлений у больных с сенесто-ипохондрическим вариантом дистимии составляют сенсорные расстройства (89,9 %) и собственно психопатологические проявления (100,0 %). Первые включают наличие нарушений чувствительности (67,1 %) и психосенсорных расстройств, в т. ч. сенестопатий — (74,6 %); вторые проявляются в виде депрессивных (100,0 %), ипохондрических (100,0 %) расстройств, которые сопровождаются нарушением коммуникативных функций (67,1 %).

Анализ личностного профиля у больных дистимией показал его идентичность в группах обследованных. Различия состоят в том, что у больных с дисфорическим вариантом дистимии эти особенности были конституционально обусловлены, а у больных с соматовегетативным и сенесто-ипохондрическим вариантом — развивались под действием экзогенных факторов (психогенных, органических).

В структуре личностных черт у больных дистимией выявлена определенная противоречивость: с одной стороны — независимость характера, склонность к лидерству и доминированию, автономность в социальном поведении, оригинальность в решении задач; с другой — низкая самооценка, тревожность, неуверенность в себе, трудности в установлении социальных контактов, застенчивость в новых обстоятельствах, затруднения в принятии социальных решений. Подобное сочетание личностных особенностей предопределяло наличие у больных внутреннего конфликта, сопровождающегося низкой стрессоустойчивостью, хронический фрустрированностью и эмоциональной напряженностью.

На основании выявленных особенностей разработаны дифференцированные подходы к лечению различных вариантов дистимий:

— у больных с дисфорическим вариантом дистимии терапия направлена на коррекцию личностных акцентуаций, определяющих наличие внутреннего конфликта (используется комплекс фармако- и психотерапии, основой которого являются антидепрессанты, корректоры поведения — нейролептики, рациональная и когнитивно-бихевиоральная психотерапия);

— у больных с соматовегетативным вариантом дистимии терапия направлена на прерывание связи психогении с центрами соматовегетативной регуляции, что достигается путём применения психотерапии (групповой психотерапии и аутогенной тренировки) и фармакотерапии (вегетостабилизаторы, антидепрессанты, нейролептики);

— у больных с сенесто-ипохондрическим вариантом дистимии все лечебные мероприятия направлены на

минимизацию органической предрасположенности и снижение уровня соматогенной дезадаптации с помощью использования фармакотерапии (антидепрессанты, нейролептики, средства, влияющие на метаболизм), психотерапии (рациональная психотерапия и методы самовнушения) и немедикаментозных методов (биологическая обратная связь).

Разработанная система терапии больных дистимией характеризуется более высоким терапевтическим эффектом по сравнению с традиционно используемыми методами (выздоровление — 68,7 % и 40,4 % соответственно, значительное улучшение — 22,4 % и 11,5 %, улучшение — 7,4 % и 34,6 %, отсутствие динамики — 1,5 % и 9,7 %, ухудшение психического состояния — 3,8 % в группе больных, лечившихся по традиционным схемам).

Катамнестические исследования, проведенные в течение двух лет, свидетельствуют о стойкости достигнутого эффекта.

Список литературы

1. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 240 с.
2. Вертоградова О. П., Ваксман А. В. Агрессивное поведение и депрессия // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы первого нац. конгресса по соц. психиатрии. — Москва, 2—3 декабря 2004. — М.: ГЕОС, 2004. — С. 29—30.
3. Волошин П. В., Марута Н. О., Явдак І. О. Клініко-психопатологічна структура депресій невротичного спектру // Архів психіатрії. — 2004. — № 1(36). — С. 80—84.
4. Геддес Дж., Батлер Р., Хэтчер С. Депрессивные расстройства. В кн.: Доказательная медицина: Ежегодный практич. справочник. Вып. 3 / Пер. с англ.; Под общ. ред. С. Е. Бащинского. — М.: Медиасфера, 2004. — 687 с.
5. Доклад о состоянии здоровья в мире: 2001. — Женева: ВОЗ, 2001. — 215 с.
6. Краснов В. Н. Организационные вопросы помощи больным депрессией // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2001. — № 5. — С. 152—154.
7. Марута Н. А., Мороз В. В. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение). — Харьков: Арсис, 2002. — 144 с.
8. Мишиев В. Д. Современные формы депрессивных расстройств: клиника, диагностика, принцип медицинской реабилитации: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Харьков, 2001. — 32 с.
9. Напрєєнко О. К. Депресія та тривога в загальномедичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2002. — № 1. — С. 7—12.
10. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352 с.
11. Табачников С. І. Актуальні проблеми психічного здоров'я населення України // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. — 2007. — № 1. — С. 5—8.
12. Angst J., Kupfer D., Rosenbaum J. F. Recovery from depression: risk or reality? // Psychiatr. Scand. — 1996; 93: 413—9.2.
13. Greden J. F. The burden of recurrent depression: causes, consequences and future prospects // J. Clin. Psychiatry. — 2001. — № 22. — P. 5—9.
14. (McCullough J. P.) Мак-Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии — СПб.: Речь, 2003. — 368 с.
15. Steward J. W., Klien D. F. Chronic (and hysteroid) dysphorias // Dysthymia and the Spectrum of chronic depressions. — New York; London: The Guilford Press, 1997. — P. 174—182.

Надійшла до редакції 4.12.2007 р.

Н. О. Марута, Ю. М. Завалко

**Клініко-психопатологічні і патопсихологічні
закономірності формування дистимії**

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України»
(м. Харків)*

У дослідженні взяли участь 182 хворих з діагнозом дистимія (F 34.1). Контрольна група складалася з 44 психічно здорових осіб.

У ході дослідження встановлено що дистимія є неоднорідною формою патології, в структурі якої відповідно до етіопатогенетичних чинників і провідних клініко-психопатологічних проявів виділено три варіанти: дисфоричний, соматовегетативний і сенесто-іпохондричний.

Розроблена система терапії хворих дистимією характеризується вищим терапевтичним ефектом порівняно з традиційно використовуваними методами.

Катамнестичні дослідження, проведені впродовж двох років, свідчать про стійкість досягнутого ефекту.

N. A. Maruta, Yu. N. Zavalko

**Clinical-morphological and pathopsychological
regularities of formation of dysthymia**

*“Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS
of Ukraine” SI (Kharkiv)*

The research included 182 patients with diagnosis of dysthymia (F 34.1). The comparison group consists of 44 mentally healthy persons.

It was found out that dysthymia is a heterogeneous form of pathology, in a structure of which according to etiopathogenetic factors and leading clinical-psychopathological manifestations three variants were defined — dysphoric, somatic-vegetative and senesto-hypochondriacal.

A system of therapy worked out by us for patients with dysthymia has a higher therapeutic efficacy as compared with methods used traditionally.

Catamnestic research, which had been performed during two years, confirm stability of the effect obtained.

УДК 618.17:616.1/4

Н. Р. Писаная

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**ФОРМИРОВАНИЕ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СЕМЬИ
ПРИ СОМАТИЗИРОВАННОМ РАССТРОЙСТВЕ У ЖЕНЩИН**

Соматизированное расстройство у женщин в большинстве случаев сочетается с сексуальными нарушениями, которые в силу парного характера сексуальной функции приводят к сексуальной дезадаптации супругов [1, 2]. Сексуально-эротическая функция является, как известно, одной из функций семьи, однако при супружеской дезадаптации нарушается выполнение не только этой, но и других семейных функций, в особенности при соматизированном расстройстве у жены. В результате нарушение функционирования семьи ослабляет прочность брачного союза и может даже привести к разводу [3].

При описанных обстоятельствах может нарушаться и формирование семьи.

Формирование семьи представляет собой процесс, характеризующийся стадийностью: оно проходит четыре стадии — первичной адаптации (регистрация брака и образование семьи); становления ролевых позиций супругов и выполнения семейных функций; личностного роста супругов; формирования согласованного образа семьи (чувства «мы», «семья») [4].

Первая из этих стадий проходит в три этапа: романтический и этапы психологической и сексуальной адаптации; вторая — в два этапа: аксиологический и выполнения функций семьи.

Для романтического этапа характерны влюбленность, очарованность, обожествление молодоженами друг друга, реальное восприятие друг друга снижено или отсутствует. На этапе психологической адаптации при успешном его протекании отношения супругов определяются наличием сходных приобретенных и различных врожденных черт личности, уважением друг друга, честностью, толерантностью, сходством доминирующей мотивации и ценностных ориентаций, совпадением интересов, умением конструктивно общаться по всем проблемам семейной жизни, становлением сексуальной адаптации, обусловленной

совпадением сексуальной активности супругов, соответствием их полоролевого и сексуально-эротического поведения.

Во второй стадии на аксиологическом этапе вырабатываются ролевые позиции супругов, отношение жены к мужу как личности, мужчине, мужу, хозяину, работнику и мужа к жене как к личности, женщине, супруге, хозяйке, матери, работнице. Успешность второго этапа определяется выполнением функций семьи.

На третьей стадии развития семьи формируется социальное-психологическая компетентность членов семьи — их способность эффективно взаимодействовать в системе семейных межличностных отношений. При правильном ее протекании у супругов вырабатывается умение ориентироваться в семейных ситуациях, адекватно определять личностные особенности и эмоциональное состояние друг друга, выбирать конструктивные способы общения и использовать их в процессе взаимодействия.

Наконец, на четвертой стадии у супругов, как указывалось, формируется согласованный образ семьи, появляется чувство «мы», «семья».

Продолжительность описанного процесса зависит от подготовленности молодых людей к браку и от их личностных особенностей. Так этот процесс протекает при достаточно высоком уровне психологической и сексуальной адаптации супружеской пары. Однако на каждой стадии развития семьи могут возникать кризисные ситуации, имеющие различные причины.

На первой стадии формирования семьи кризисы обуславливаются наличием конфликта из-за несоответствия мотивов вступления в брак, психологической и сексуальной дезадаптации. На второй стадии они связаны с несоответствием выбранных супругами ролевых позиций, с проблемами, с которыми супруги сталкиваются при рождении ребенка, т. е. с формированием роли отца, матери, а также с недостаточным