

Т. Е. Яковцова

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

## КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ И АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Проведен сравнительный анализ клинических и патопсихологических проявлений эмоциональных нарушений в структуре невротических и аффективных нарушений у 160 больных. Определенные особенности этих нарушений существенно различаются в выделенных группах. Эти особенности должны учитываться в обосновании принципов формирования дифференцированной терапии.

*Ключевые слова:* невротические и аффективные расстройства, патопсихологические проявления

На современном этапе анализ состояния заболеваемости психической сферы указывает, что основную проблему составляют непсихотические расстройства психики и поведения [5, 6]. В свою очередь, в их структуре значительную часть составляют эмоционально-аффективные расстройства разной нозо-синдромальной принадлежности [5, 6, 8, 9, 10, 12]. При этом первое место занимают депрессивные и тревожные расстройства.

В отличие от других психических заболеваний, депрессии придается исключительное социальное значение. В Украине прослеживаются тенденции, аналогичные мировым [1—3, 10, 13]. В общей популяции депрессивные расстройства составляют от 5 до 17 %, причем в условиях специализированных психиатрических учреждений амбулаторного звена они составляют примерно 1 %, при массовом обследовании на промышленных предприятиях те или иные депрессивные нарушения обнаруживают уже у 26 %, а среди обратившихся к специалистам общей практики доля таких больных составляет 68 % [2, 5, 8, 11, 14, 15].

По данным ВОЗ, в настоящее время более чем у 110 млн человек в мире (3—6 % популяции) выявлены те или иные клинически значимые проявления данных расстройств [17].

Аналогичная тенденция отмечается и в Украине [5, 8, 10, 12]. В целом в популяции почти 30 % взрослого населения испытывает заметную депрессию и тревогу, неблагоприятно влияющие на социальное функционирование человека [12, 13].

Отмеченную тенденцию принято связывать с общим ростом психических расстройств в условиях стрессогенных влияний современной жизни, соматизацией психических заболеваний, распространенностью маскированных психических расстройств [5, 7, 10, 12].

Все вышеизложенное определило проведение настоящего исследования, целью которого явилось изучение феноменологии аффективных нарушений у больных с невротическими и аффективными расстройствами по данным клинико-психопатологического и психодиагностического исследования.

При выборе больных использовались диагностические критерии рубрики «Аффективные расстройства» (F 3), «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F 4) Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), что обеспечивало наряду с надежной верификацией диагноза возможность сравнения результатов с данными других исследователей.

Методы исследования: клинико-психопатологический метод; метод квантифицированных шкал: шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера — Ханина, шкала депрессии Гамильтона (HDRS).

В исследование вошли 160 больных различной нозологической принадлежности, которые были распределены на 4 группы.

В 1-ю группу вошли 42 больных с аффективными расстройствами (F 32.1 — умеренный депрессивный эпизод — 11 человек, F 32.0 — легкий депрессивный эпизод — 9 человек, F 33.1 — рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести — 22 человека).

Во 2-ю группу вошли 39 больных с тревожными и адаптационными расстройствами (F 41.2 — смешанное тревожное и депрессивное расстройство — 17 человек, F 43.20 — расстройства адаптации, кратковременная депрессивная реакция — 7 человек, F 43.22 — расстройства адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция — 15 человек).

3-ю группу составили 35 больных невротическими (F 48.0).

В 4-ю группу вошли 44 больных с соматоформными расстройствами (F 45.0 — соматизированное расстройство — 30 человек, F 45.1 — недифференцированное соматоформное расстройство — 14 человек).

По социальному положению, образованию группы были сопоставимыми. Преобладающее большинство больных относилось к наиболее трудоспособному возрасту (21—60 лет).

Клинико-психопатологическое изучение больных по выделенным группам позволило установить симптоматику и выделить ведущие синдромы в клинической картине (табл. 1). Наиболее представленными были астено-невротический, астено-депрессивный, тревожно-депрессивный и соматовегетативный синдромы.

Клиническая картина выделенных синдромов характеризовалась следующим образом.

Депрессивно-ипохондрический синдром характеризовался наличием депрессивной симптоматики: снижение настроения, аппетита, расстройства сна, утреннее ухудшение состояния. При этом отмечались идеи возникновения неустановленного соматического заболевания, наличия данных многочисленных параклинических исследований, субъективная фиксированность на своих переживаниях и соматических ощущениях.

При тревожно-депрессивном синдроме больные испытывали тревогу и страх. Иногда тревога и (или) страх переживались больными как какое-то немотивированное «беспричинное» чувство, не имеющее смыслового пояснения. Хотя, чаще тревога развивалась постепенно, объяснялась наличием разнообразного рода соматических чувств и опасений (реальных и вымышленных) в отношении своего здоровья. Симптомы тревоги и депрессии в этих случаях не имели четкого доминирования. Только эпизодически — в течение дня или недели — отмечалось относительное преобладание депрессии или тревоги.

Таблиця 1

Распределение синдромов по выделенным клиническим группам

Синдромы	1-я группа		2-я группа		3-я группа		4-я группа	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Астено-невротический	—	—	—	—	16	45,71 ± 8,42	3	6,82 ± 3,80
Астено-депрессивный	17	40,48 ± 7,57	2	5,13 ± 3,53	3	8,57 ± 4,73	3	6,82 ± 3,80
Астено-ипохондрический	1	2,38 ± 2,35	—	—	4	11,43 ± 5,38	11	25,00 ± 6,53
Депрессивно-ипохондрический	4	9,52 ± 4,53	—	—	3	8,57 ± 4,73	1	2,27 ± 2,25
Депрессивно-фобический	1	2,38 ± 2,35	4	10,26 ± 4,86	1	2,86 ± 2,82	2	4,55 ± 3,14
Тревожный	—	—	8	20,51 ± 6,47	—	—	5	11,36 ± 4,78
Тревожно-депрессивный	11	26,20 ± 6,79	15	38,46 ± 7,79	2	5,71 ± 3,92	4	9,09 ± 4,33
Соматовегетативный	8	19,05 ± 6,06	10	25,64 ± 6,99	6	17,14 ± 6,37	15	34,09 ± 7,15

Астено-ипохондрический синдром чаще всего встречался у больных с аффективными расстройствами. При этом на фоне угнетенности постоянно звучали жалобы на болевые и неприятные ощущения в разных частях тела. Часто эти ощущения с трудом формулировались больными, носили необычный характер, что сближало их с сенестопатиями. Больные были фиксированы на состоянии своего здоровья, полностью переключали все интересы на «сому». Они отличались эгоцентризмом, требовали к себе особенного внимания, постоянно однообразно говорили о своих ощущениях, думали, что они «самые тяжелые» больные, заявляли, что «никто их не понимает».

Астено-депрессивный синдром характеризовался наличием на фоне депрессивной симптоматики значительной астении. Сниженное, угнетенно-тоскливое настроение сопровождалось жалобами на слабость, повышенную утомляемость, апатию, чувство неопределенности в своих силах, мысли о своей ничкемности, бесперспективности будущего, общего снижения активности и других компонентов депрессии.

Депрессивно-фобический синдром диагностировался относительно редко, но чаще у женщин, чем у мужчин. В этих случаях на фоне сниженного настроения были навязчивые мысли и волнения о своем здоровье, о жизни, что приходили в голову в стереотипной форме. Больные воспринимали их как собственные, безуспешно пытались сопротивляться им, нередко при помощи простейших ритуалов. Тяжелые невольные навязчивые мысли о каких-то маловероятных событиях, угрожающих их жизни или здоровью, больные пытались более-менее успешно преодолеть разнообразными действиями или беседами с медперсоналом. Часто больные не могли разъяснить мотивацию своих действий, упорно продолжая их совершать и объясняя тем, что это облегчает их самочувствие.

Соматовегетативный синдром характеризовался наибольшим полиморфизмом жалоб. Больные испытывали

множество телесных неприятных ощущений разной локализации. Болевые ощущения чаще локализовались в области груди и головы. Часто они носили мигрирующий характер, сопровождалась тревогой.

Вегетативная симптоматика в виде гипертензии, тахикардии, озноба конечностей наблюдалась от минут до нескольких часов. Характерными были яркие эмоциональные реакции даже на небольшие вегетативные отклонения. Характеризуя жалобы, больные использовали необычные и неопределенные выражения. Эти расстройства сопровождались разнообразными нарушениями сна, аппетита, снижением массы тела, запорами, на фоне собственно аффективно-депрессивной симптоматики.

Астено-невротический синдром характеризовался наличием наибольшего астенического компонента. Снижение работоспособности, формирование усталости наблюдалось постоянно и, как правило, прогрессировало. Также наблюдались многочисленные жалобы соматического характера алгически-парестетического характера.

Результаты патопсихологического исследования показали следующее.

У всех больных были повышены показатели депрессии и тревоги.

Данные распределения больных по степени выраженности депрессии в выделенных группах приведены в табл. 2. Наибольшая представленность выраженной депрессии наблюдалась у больных 1 и 2 клинических групп, наименьшая у больных — 3 клинической группы.

Показатели личностной и реактивной тревожности приведены в табл. 3. Наиболее высокие показатели реактивной тревожности наблюдались у больных 2 и 3 клинических групп, наиболее низкие — у больных 1 клинической группы.

Наиболее высокие показатели личностной тревожности наблюдались у больных 2 и 4 клинических групп, наиболее низкие — у больных 3 клинической группы.

Таблиця 2

Распределение уровня депрессии по шкале депрессии Гамильтона

Степени депрессии	1-я группа (n = 42)		2-я группа (n = 39)		3-я группа (n = 35)		4-я группа (n = 44)	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
легкая	8	19,05 ± 6,06	9	23,08 ± 6,75	16	45,71 ± 8,42	10	22,73 ± 6,32
умеренная	14	33,33 ± 7,27	13	30,77 ± 7,39	15	42,86 ± 8,36	20	45,45 ± 7,51
выраженная	20	47,62 ± 7,71	17	43,59 ± 7,94	4	11,43 ± 5,38	14	31,82 ± 7,02

Распределение показателей личностной и реактивной тревожности по данным шкалы Спилбергера — Ханина

Уровень тревоги	1-я группа (n = 42)		2-я группа (n = 39)		3-я группа (n = 35)		4-я группа (n = 44)	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
<b>реактивная</b>								
низкая	26	61,90 ± 7,49	—	—	13	37,14 ± 8,17	4	9,09 ± 4,33
умеренная	16	38,10 ± 7,49	12	30,77 ± 7,39	18	51,43 ± 8,45	23	52,27 ± 7,53
высокая	—	—	27	69,23 ± 7,39	4	11,43 ± 5,38	17	38,64 ± 7,34
<b>личностная</b>								
низкая	—	—	—	—	6	17,14 ± 6,37	—	—
умеренная	20	47,62 ± 7,71	10	25,64 ± 6,99	17	48,57 ± 8,45	18	40,91 ± 7,41
высокая	22	52,38 ± 7,71	29	74,36 ± 6,99	12	34,29 ± 8,02	26	59,09 ± 7,41

Таким образом, клинико-психопатологическое изучение больных и анализ патопсихологических исследований показал следующее:

В структуре выделенных клинических групп наблюдался определенный синдромальный полиморфизм. При этом в структуру большинства синдромов входил астенический и тревожный компонент.

Тревожные и депрессивные компоненты были наиболее характерны для аффективных и тревожно-депрессивных расстройств; соматовегетативные — для неврастении и соматоформной вегетативной дисфункции.

Наибольший уровень депрессии был представлен у больных с аффективными и тревожно-депрессивными расстройствами, наименьший — у больных неврастенией.

Наибольший уровень реактивной тревожности наблюдался у больных с тревожно-депрессивными расстройствами, также как и личностной тревожности; наименьший — у больных неврастений.

Полученные данные должны учитываться при формировании дифференцированных терапевтических схем с использованием различных психофармакологических групп препаратов и методов психотерапии.

**Список литературы**

1. Психіатрична допомога в Україні у 2001 році та перспективи її розвитку / [Гойда Н. Г., Жданова Н. П., Напреекно О. К., Домбровська В. В.] // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 2 (31). — С. 9 — 12.
2. Каплан, Г. И. Клиническая психиатрия / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэддок. В 2 т. Т. 2; пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. — 528 с.: ил.
3. Кутько, І. І. Афективні розлади / Кутько І. І., Напреекно О. К., Козидубова В. М. — В кн.: Психіатрія; за ред. проф. О. К. Напреекна. — К.: Здоров'я, 2001. — С. 353—372.
4. Маляров, С. А. Проблема выбора базовой терапии биполярного расстройства I типа / Маляров С. А., Демченко В. А.,

Витебская Т. В. // Архив психиатрии. — Т. 9, № 1 (32). — 2003. — С. 31—38.

5. Марута, Н. А. Современные депрессивные расстройства / Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 4(29). — С. 79—82.

6. Марута, Н. А. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение): Монография / Н. А. Марута, В. В. Мороз. — Харьков: Арсис, 2002. — 144 с.

7. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III—IV уровней аккредитации / [Михайлов Б. В., Табачников С. И., Витенко С. И, Чугунов В. В.]. — Харьков: Око, 2002. — 768 с.

8. Михайлов, Б. В. Современное состояние проблемы депрессивных расстройств / Б. В. Михайлов, Т. Е. Яковцова // Проблеми медичної науки та освіти. — № 2. — 2006. — С. 65—69.

9. Михайлов, Б. В. Проблема депрессий в общесоматической практике / Б. В. Михайлов // Международный медицинский журнал. — Т. 9, № 3. — 2003. — С. 22—27.

10. Мішиєв, В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів / В. Д. Мішиєв. — Львів: Вид-во Мс. — 2004. — 208 с.

11. Подкорытов, В. С. Проблема депрессий в общесоматической практике / В. С. Подкорытов // Архив психиатрии. — Т. 9. — № 1(32). — 2003. — С. 69—71.

12. Подкорытов, В. С. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей. / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352 с.

13. Сайков, Д. В. Алкогольная депрессия: Монография / Д. В. Сайков, И. К. Сосин. — Харьков: Коллегиум, 2004. — 336 с.

14. Depression Guideline Panel. Clinical Practice Guideline № 5. Depression in Primary Care: vol 1. Detection and Diagnosis. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services; 1993. Agency for Health Care Policy and Research publication 93-0550.

15. Depression Guideline Panel. Clinical Practice Guideline № 5. Depression in Primary Care: vol 2. Treatment of Major Depression. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services; 1993. Agency for Health Care Policy and Research publication 93-0551.

16. Ustun TV, Sartorius N. Public Health aspects of anxiety and depressive disorders // Int. Clin. Psychopharmacol. — 1993; 8: 15—20.

17. World Health Report. 2001. WHO. — Geneva, 2001. — 178 p.

Надійшла до редакції 20.05.2010 р.

**Т. Е. Яковцова**

Харківська медична академія післядипломної освіти  
(м. Харків)

**Клінічні та патопсихологічні особливості хворих з невротичними та афективними розладами**

Проведено порівняльний аналіз клінічних і патопсихологічних проявів емоційних порушень в структурі невротичних та афективних порушень у 160 хворих. Визначені особливості цих порушень суттєво відмінні в виділених групах. Ці особливості повинні враховуватися в обґрунтуванні принципів формування диференційованої терапії.

*Ключові слова:* невротичні та афективні розлади, патопсихологічні прояви.

**T. E. Yacovtsova**

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education  
(Kharkiv)

**Clinical and patopsychological peculiarities of neurotic on affective disorders patients**

The comparative analysis of clinical and patopsychological phenomena of affective and neurotic disorders on 160 patients was performed. The peculiarities of these disorders was shown in different groups of patients. This peculiarities must be appropriate at the differential therapy grounded.

*Keywords:* neurotic and affective disorders, patopsychological manifestation.