

**Ю. Н. Завалко**

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

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ДИСТИМИЕЙ

Одной из важных медико-социальных проблем психиатрии является проблема депрессий [1, 4, 8]. В современных исследованиях, посвященных данной проблеме, показано, что большинство больных депрессиями не получают своевременной, адекватной терапии [2, 3, 6]. Вышеизложенное во многом обусловлено сложностью диагностики депрессии, что, в свою очередь, связано с полиморфизмом и неоднородностью группы депрессивных расстройств [7, 10].

При этом наибольшую клиническую проблему представляют состояния, смешанные по генезу, имеющие в своих психопатологических характеристиках черты патологии различных регистров (эндогенного и экзогенного) [8, 9].

К таким состояниям относится, прежде всего, дистимия. Являясь по определению патологией аффективно-го 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 [9—12].

Поэтому целью настоящего исследования стало изучение клинко-психопатологических особенностей дистимии и разработка на этой основе дифференцированных принципов терапии данной патологии.

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

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

В результате проведенных исследований установлено, что дистимии являются неоднородной формой патологии. В соответствии с этиопатогенетическими факторами и ведущими клинко-психопатологическими проявлениями выделены дисфорический, соматовегетативный и сенесто-ипохондрический варианты дистимии.

Среди причинных факторов развития дистимии основными являются конституциональные (акцентуации характера), психогенные и биологические (преморбидная отягощенность 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 — 37,9 %, 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 %), гастродуоденита

(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:

а) 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 %), злобным аффектом (85,7 %) и эмоциональной лабильностью (85,7 %);

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

в) основу клинических проявлений у больных с сенесто-ипохондрическим вариантом дистимии составляли сенсорные расстройства (89,9 %) и собственно психопатологические проявления (100,0 %). Первые включали наличие нарушений чувствительности (67,1 %) и психосенсорных расстройств, в т. ч. сенестопатий — (74,6 %); вторые проявлялись депрессивными (100,0 %), ипохондрическими (100,0 %) расстройствами, которые сопровождались нарушением коммуникативных функций (67,1 %).

С учетом выявленных закономерностей формирования и клинко-психопатологических особенностей дистимии разработана система терапии данной патологии.

Система базируется на пяти основных принципах, а лечебные мероприятия выполняются на условно выделенных трех этапах силами и средствами бригады специалистов, в которую входят врачи психиатры, психотерапевты, интернисты, психологи и социальные работники.

Предлагаемая система терапии депрессивных расстройств у больных дистимией нацелена на скорейшее купирование депрессии и стабилизацию настроения больного, сохранение его личностного, профессионального и социального потенциала.

Для осуществления столь объемной терапевтической цели требуется объединение деятельности персонала различных медицинских и немедицинских специальностей с их координацией для оптимального использования средств и времени при лечении больных дистимией.

В этом контексте терапия больных дистимией базируется на следующих основных принципах.

1. Своевременность и специализированность оказания помощи.

2. Единство психосоциальных и биологических воздействий.

3. Этапность и непрерывность процесса терапии.  
4. Преемственность мероприятий на различных этапах терапии.

5. Индивидуальность программ терапии больных дистимией.

Только с учетом вышеописанных принципов можно достигнуть результата в лечении депрессии у больных дистимией.

Так, своевременное оказание помощи больным дистимией позволяет сократить сроки лечения за счет профилактики вторичных психопатологических расстройств, развивающихся на фоне хронического расстройства настроения.

Специализированность помощи позволяет качественно оказывать медицинскую, психологическую и социальную помощь депрессивным больным за счет участия в лечебном процессе психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе.

Комплексное использование в терапии больных дистимией психотерапевтических и биологических методов позволяет воздействовать на все уровни этиопатогенеза формирования депрессий при дистимии [11, 12].

Этапность системы терапии больных дистимией предполагает условное выделение трех этапов:

- 1) диагностического этапа;
- 2) этапа лечения;
- 3) этапа профилактики рецидивов (профилактический этап).

Диагностический этап — этап, на котором уточняется диагноз дистимии, определяются основные причины ее возникновения, клинический вариант патологии.

На этапе лечения осуществляется собственно терапия депрессивного расстройства.

На профилактическом этапе проводятся лечебные мероприятия, направленные на предупреждение рецидивов депрессивного расстройства.

Между этими этапами должна существовать полная преемственность и непрерывность терапевтических мероприятий.

Лечение больных дистимией в зависимости от тяжести патологии может проводиться в различных условиях: в стационаре, дневном стационаре, амбулаторно-поликлинических условиях, психотерапевтических кабинетах.

На диагностическом этапе оцениваются потенциальные социально-психологические возможности пациента, которые являются важными саногенными факторами психики больного дистимией:

1) личностный потенциал — состояние личностных особенностей, способствующих принятию пациентом оптимальных решений и действий в ситуациях наибольшей вероятности формирования аффективного расстройства. Для оценки личностного потенциала используется клиническая беседа, методика многофакторного исследования личности Р. Кэттелла, шкалы самооценки ситуативной и личностной тревожности Ч. Спилберга и Ю. Ханина, метод неоконченных предложений Сакса и Леви;

2) профессиональный потенциал — уровень профессиональной адаптированности к производственным условиям работы больного с депрессией. Оценка профессионального потенциала осуществляется с помощью интервьюирования пациента, его близких и, по возможности, коллег по работе;

3) социальный потенциал — удовлетворенность семейными отношениями и включенность больного в социальную жизнь на работе и в обществе. Состояние социального потенциала определяется с помощью интервьюирования пациента, членов семьи и, по возможности, коллег по работе, а также за счет использования семантического дифференциала, определяющего степень удовлетворенности семейными отношениями.

Согласно результатам тестов и методик, используемых по каждому из выделенных направлений, составляется общее заключение, в котором описываются основные факторы, снижающие саногенный потенциал психики больного и способствующие формированию депрессивного расстройства.

Лечебный этап начинается с составления индивидуальной программы лечения. В этой программе учитываются этиопатогенетические механизмы формирования аффективного расстройства, его клиника и течение, состояние саногенного потенциала психики конкретного больного.

Все средства, используемые на этом этапе, объединяются в купирующую и стабилизирующую терапию. Купирующая терапия направлена на максимально быструю редукцию депрессивного синдрома (длительность 2—3 месяца). Стабилизирующая терапия направлена на поддержание эффекта, полученного на этапе купирующей терапии, и постепенное восстановление адекватного аффективного реагирования (длительность — 6 месяцев).

Основными составляющими купирующей и стабилизирующей терапии являются медикаментозные средства, психотерапия и немедикаментозные средства (метод биологической обратной связи, дозированная гипоксия и др.), а основными действующими лицами — психиатр, психотерапевт и врач-интернист (при сопутствующих заболеваниях внутренних органов).

С учетом клинических особенностей дисфорического варианта дистимии разработана следующая схема медикаментозной терапии.

I. Антидепрессанты: паксил (20—40 мг/сут), или мirtазапин (30—60 мг/сут), или amitриптилин (100—250 мг/сут);

II. Транквилизаторы: diaзепам (10—20 мг/сут) курсом не более 30 дней;

III. Нейролептики (корректоры поведения — неупелитол по 5—10 мг/сут, малые нейролептики — соннапакс (30—60 мг/сут), при тяжелых вариантах течения, сопровождающихся обсессивно-компульсивной симптоматикой и т. д.): rispолепт (1—4 мг/сут) или солиан (до 200—400 мг/сут);

IV. Ноотропы: пантогам 500—1500 мг/сут, курсом 30—90 дней приема;

V. Вегетативные стабилизаторы и β-блокаторы (белласпон по 1 т. × 3 р. в день), анаприлин 10—30 мг/сут;

VI. Препараты общеукрепляющего действия: фитин 250 мг три раза в день, курсом 30 дней; витамины В<sub>1</sub> 2,5 %, В<sub>6</sub> 1 % внутримышечно один раз в день, курсом 15 дней; мультивитаминный комплекс — круглогодично.

В соответствии с клиникой соматовегетативного варианта дистимии разработана схема медикаментозного лечения, в которую включены:

I. Антидепрессанты: венлафаксин 75—100 мг/сут (при соматовегетативных проявлениях дистимии) или пиразидол 300 мг/сут (при вегетативных расстройствах сердечно-сосудистой системы); ниаламид до 200 мг/сут

(при аритмиях) или ципрамил 10—20 мг/сут (при вегетативных расстройствах желудочно-кишечного тракта) или доксепин до 120 мг/сут (при половой дисфункции);

II. Транквилизаторы: диазепам 10—15 мг/сут, курсом не более 20 дней (при терапии болевых синдромов) или гидазепам 20—80 мг/сут, курсом не более 20 дней (при вегетативных расстройствах сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, аритмиях) или алпразолам 0,5—2,0 мг/сут, курсом не более 20 дней (при терапии половой дисфункции);

III. Нейролептики: хлорпротиксен до 100 мг/сут (при стойких вегетативных расстройствах сердечно-сосудистой системы, аритмиях) или эглонил 50—200 мг/сут (при стойких вегетативных расстройствах желудочно-кишечного тракта);

IV. Вегетативные стабилизаторы и β-блокаторы (белласпон по 1 т. × 3 р. в день, анаприлин по 10—30 мг/сут);

V. Ноотропы: пантогам 1500 мг/сут, курсом 1—3 мес.;

VI. Препараты общеукрепляющего действия: раствор витамина B<sub>1</sub> 2,5 % внутримышечно один раз в день, витамин B<sub>6</sub> 1 % внутримышечно один раз в день; раствор витамина PP 1 % — 1,0 внутримышечно один раз в день, курсом 15 дней; мультивитаминный комплекс — круглогодично;

VII. Стабилизаторы настроения: карбамазепин 300—600 мг/сут (при терапии алгических синдромов).

Исходя из выявленных клинических особенностей больных с сенесто-ипохондрическим вариантом дистимии, предложена следующая схема медикаментозного лечения этих больных:

I. Антидепрессанты: паксил 20—40 мг/сут, или миансерин 30—90 мг/сут, или миртазапин 15—45 мг/сут, или кломипрамин 100—200 мг/сут, или amitриптилин 100—200 мг/сут;

II. Транквилизаторы: алпразолам 0,25—6 мг/сут, или диазепам 10—15 мг/сут, или феназепам 2—3 мг/сут (длительность курса не более 20 дней);

III. Вегетативные стабилизаторы и β-блокаторы (белласпон по 1 т. × 3 р. в день, анаприлин по 10—30 мг/сут);

IV. Ноотропы: пантогам 1500 мг/сут, курсом 1—3 мес.;

V. Нейролептики: эглонил 100—400 25 мг/сут, или флюанксол 0,5—2 мг/сут, или хлорпротиксен 100—200 мг/сут;

VI. Стабилизаторы настроения: карбамазепин 300—800 мг/сут;

VII. Средства, стимулирующие метаболические процессы: раствор актовегина 4,0 внутримышечно 1 раз в сутки, курсом 10 дней приема;

VIII. Препараты общеукрепляющего действия: витамин B<sub>1</sub> 2,5 % внутримышечно один раз в день, витамин B<sub>6</sub> 1 % внутримышечно один раз в день; витамин PP 1 % — 1,0 внутримышечно один раз в день, раствор йодистого калия 3 % 3,0 внутримышечно 1 раз в сутки, курсом 15 дней приема; мультивитаминный комплекс — круглогодично;

IX. Адаптогены: экстракт элеутерококка жидкий 25 капель три раза в день, курсом 90 дней.

При различных вариантах дистимии основу фармакотерапии составляют разные группы препаратов: при дисфорическом варианте — антидепрессанты СИОЗС, нейролептики — корректоры поведения или малые нейролептики; при соматовегетативном варианте — антидепрессанты (СИОЗС и СИОЗСиН), вегетостабилизаторы

и β-блокаторы, нейролептики (группа замещенных бензамидов); при сенесто-ипохондрическом варианте — антидепрессанты (тетрациклические), нейролептики (малые), средства, стимулирующие нейропротекцию и метаболизм.

Дополнительно к медикаментозным средствам лечения депрессий у больных дистимией целесообразно использовать немедикаментозные. Из немедикаментозных средств следует использовать дозированную гипоксию и биологическую обратную связь [11].

Использование психотерапии в системе лечения депрессий позволяет параллельно изменениям в эмоциональной сфере изменять личностные установки больного, его отношение к значимым событиям, выработать реальную цель и приобрести «новый» смысл в жизни, откорректировать потребностную сферу, повысить самооценку и самоуважение больного и т. д. [14].

В предлагаемой системе лечения, на этапе купирующей терапии, используется индивидуальная рациональная (методы разъяснения, убеждения, переубеждения, отвлечения и переключения внимания) по P. Dubois [5] и когнитивно-бихевиоральная психотерапия по Бек А. Т. [13].

На этапе лечения психотерапевтическая коррекция включает в себя, помимо вышеперечисленных методов, групповую психотерапию по Б. Д. Карвасарскому [5].

Основной задачей профилактического этапа является профилактика депрессий у больных дистимией. Эта задача осуществляется за счет медицинских, психологических, социальных, санаторно-курортных методов работы с пациентом.

Медицинские методы включают поддерживающую медикаментозную терапию (по показаниям), санаторно-курортное лечение и, в обязательном порядке, психотерапию.

В психотерапии используются групповые методы работы и методы психической саморегуляции [12, 14]. Основная цель использования психотерапевтических методов — закрепление выработанных на предыдущих этапах, новых форм эмоционального, поведенческого и когнитивного реагирования на факторы, ранее вызывающие состояния тревоги и депрессии.

Из групповых методов используются «группы встреч» или «Т-группы», «группы поддержки», ориентированные на улучшение коммуникативных качеств личности, выработку эффективного общения между людьми; тренинг уверенности в стрессовых ситуациях, проводимые 2 раза в неделю в течение 2 месяцев. В этих группах позитивный опыт решения разнообразных проблем становится доступным «новичкам», что снижает их тревогу, неуверенность и фрустрацию, помогает найти правильный выход из сложившихся негативных ситуаций [14].

Из методов психической саморегуляции в системе терапии больных дистимией используются:

1) репродуктивная тренировка по В. С Лобзину и М. М. Решетникову, проводимая 2—3 раза в неделю в течение 2 месяцев. Эта тренировка проводится с использованием специально разработанных формул самовнушения с учетом личностных особенностей, жалоб больного и симптомов психического расстройства. Эти формулы самовнушения направлены на самоконтроль и устранение ранних клинических проявлений депрессии;

2) аутогенная релаксация 2—3 раза в неделю в течение 2 месяцев, с формулами самовнушения,

направленними на коррекцію личностних особливостей і звільнення від личностної і ситуативної тривожності, перших ознак зниженого настрою за J. H. Schultz [5].

Соціальний аспект профілактики депресій у больних дистимією включає в себе соціально-середову, соціально-бутову форми профілактики [14].

Восстановлення порушених і утрачених соціальних зв'язей і формування нових соціальних відносин здійснюється через стимулювання больного в участі в різних видах діяльності, таких як навчання, трудові, дозвілля, різні види творчості, діяльність по власному оздоровленню, участь в роботі громадських організацій, можливість реалізувати власні громадянські права.

Важким соціальним фактором психічного здоров'я вважаються сімейно-бутові взаємовідносини в сім'ї больного дистимією. При їх погіршенні різко зростає ризик формування рецидивів захворювання, тому при несприятливих сімейних відносинах необхідно використовувати сімейну психотерапію, проводимую як в межах сім'ї, так і в групі пацієнтів з подібними проблемами. Улучшення соціально-психологічного мікроклімату сім'ї позитивно впливає на ефективність профілактики депресій у больних дистимією.

Різні методи психотерапії застосовувалися диференційовано, в залежності від варіанта дистимії. При дисфоричному варіанті перевагу надають раціональній і когнітивно-біхевіоральним методам, при соматовегетативному варіанті — груповою психотерапією і аутогенної тренінгом, при сенесто-іпохондричному варіанті — раціональній психотерапії і методам самовнушення.

З метою оцінки ефективності розробленої системи терапії больних дистимією, в порівнянні з традиційними методами лікування, була проведена її апробація.

В апробації розробленої системи брало участь 67 больних, контрольна група складалася з 52 больних. Всі больні були обрані з основної групи, брало участь в дослідженні. Перша група пройшла курс терапії по розробленої системі, друга — курс традиційного лікування.

Згідно отриманим результатам, можна зробити висновок про те, що використання розробленої системи лікування депресії у больних дистимією дозволяє отримати кращі результати. Так, в результаті використання розробленої системи терапії

больних дистимією в 68,7 % випадків діагностовано психічне здоров'я, тоді як після застосування традиційних форм лікування відсутність клініки депресивного розладу діагностовано тільки у 40,4 % больних (при  $p < 0,05$ ).

В той же час в групі больних, які отримували лікування по традиційній схемі, відзначено більше кількість больних з відсутністю позитивної динаміки (відповідно 9,6 % і 1,5 %, при  $p < 0,05$ ) і погіршенням клінічного стану (відповідно 3,8 % і 0 %, при  $p < 0,05$ ).

Таким чином, наведені результати апробації свідчать про більш високу ефективність розробленої системи терапії больних дистимією в порівнянні з традиційними методами лікування.

#### Список літератури

1. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 240 с.
2. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л. и др. Депрессии в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение). — М.: Медицинское информационное агентство, 2002. — 155 с.
3. Волошин П. В., Марута Н. О., Явдак І. О. Клініко-психопатологічна структура депресій невротичного спектра // Архів психіатрії. — 2004. — № 1(36). — С. 80—84.
4. Доклад о состоянии здоровья в мире: 2001. — Женева: ВОЗ, 2001. — 215 с.
5. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. — СПб.: Питер Ком, 1998. — 752 с.
6. Краснов В. Н. Организационные вопросы помощи больным депрессией // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2001. — № 5. — С. 152—154.
7. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: Клініч. посібник. — Харків: Арсіс, 2001. — 303 с.
8. Марута Н. О., Мішиєв В. Д. Сучасні форми депресивних розладів (клініко-психопатологічні закономірності формування) // Архів психіатрії. — 2001. — № 4(27). — С. 76—80.
9. Марута Н. А., Мороз В. В. Невротическі депресії (клініка, патогенез, діагностика і лікування). — Харків: Арсіс, 2002. — 144 с.
10. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади. — Л.: Вид-во Мс, 2004. — 208 с.
11. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия. — Харків: Торнадо, 2003. — 352 с.
12. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей — М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 256 с.
13. Beck A. T. American Handbook of Psychiatry. — New York, 1997. — Vol. 3. — P. 61—90.
14. (McCullough J. P.) Мак-Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии — СПб.: Речь, 2003. — 368 с.

Надійшла до редакції 14.02.2008 р.

Ю. М. Завалко

#### Сучасні підходи до терапії хворих на дистимію

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

З метою вивчення клініко-психопатологічних особливостей дистимії та розроблення на цій підставі диференційованих принципів в терапії даної патології обстежено 182 хворих на дистимію (F 34.1).

Встановлено, що дистимії є неоднорідною формою патології, у відповідності до етіопатогенетичних факторів та провідних клініко-психопатологічних проявів виділені три варіанти: дисфоричний, соматовегетативний та сенесто-іпохондричний варіанти.

Розроблені диференційовані схеми терапії зазначених форм патології.

Yu. N. Zavalko

#### Contemporary approaches to therapy for patients with dysthymia

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)

To investigate clinical-psychopathological peculiarities of dysthymia and to work out on this basis differentiated principles for therapy of this pathology 182 patients with dysthymia (F 34.1) were examined.

It was found out that dysthymias are heterogenous pathological forms, among these corresponding to etiopathogenetic factors and leading clinical-psychopathological manifestation three variants were defined: dysphoric, somato-vegetative and senesto-hypochondriacal ones.

The differentiated schemes of therapy for the defined pathological forms have been worked out.