

УДК 616.895.4:6.16.85-008.47-071

Аграновский М.Л., Аграновский К.М., Муминов Р.К., Маликова А.Э.

Кафедра психиатрии, наркологии,

медицинской психологии и с курсом психотерапии

Андижанский государственный медицинский институт

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ТИПОЛОГИИ

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ЭНДОГЕННОГО

ГЕНЕЗА И ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Резюме: Под эндогенными депрессиями понимают аутохтонные эндогенные психические расстройства в виде состояний патологически сниженного аффекта с манифестацией в юношеском возрасте, т.е. между 16 и 21 годом, длительностью свыше 2 недель, приводящие часто к выраженной социальной и учебной дезадаптации, обладающие рядом интернозологических особенностей и характеризующиеся различными исходами в зависимости от нозологической принадлежности.

В статье используются клиническая беседа, наблюдение и психологические тесты для диагностики эндогенных тревожных депрессий, основным методом лечения является фармакотерапия, дополнительно проводится психотерапевтический тренинг, используются биологические методы терапии и т.д.

Ключевые слова: депрессия эндогенного генеза, тревожная расстройства, психопатология, клиническая типология.

Agranovskiy M.L., Agranovskiy K.M., Mo'minov R.Q., Malikova A.E.

Psixiatriya, narkologiya, tibbiy psixologiya va psixoterapiya kursi

kafedrasi

Andijon Davlat Tibbiyot Institutti

**ENDOGEN GENEZLI XAVOTIRLI - DEPRESSIV
HOLATLARNING KLINIK TIPOLOGIYASINI O'RGANISH VA
ULARNING OLDINI OLISH USULLARI**

Резюме: Endogen depressiyalar deganda o'spirinlik davrida namoyon bo'lishi bilan patologik kamaygan ta'sir holatlari ko'rinishidagi avtoxton endogen ruhiy kasalliliklar tushuniladi, ya'ni 16 yoshdan 21 yoshgacha, 2 haftadan ortiq davom etadigan, ko'pincha aniq ijtimoiy va ta'lim etishmovchiliga olib keladigan, bir qator Intern -ologik xususiyatlarga ega va nozologik bog'liqlikka qarab turli xil natijalar bilan ajralib turadigan.

Maqolada endogen Anksiyete depressiyalarini tashxislash uchun klinik suhbat, kuzatuv va psixologik testlar qo'llaniladi, davolashning asosiy usuli farmakoterapiya, qo'shimcha psixoterapeutik mashg'ulotlar o'tkaziladi, biologik terapiya usullari qo'llaniladi va hokazo.

Kalit so'zlar: endogen genez li tashvishli depressiyalar, tashvishli buzilishlar, psixopatologiya, klinika tipologiya.

Agranovsky M.L., Agranovsky K.M., Muminov R.K., Malikova A.E.

**Department of Psychiatry, Narcology,
Medical Psychology and with a course of psychotherapy
Andijan State Medical Institute**

METHODS OF STUDYING THE CLINICAL TYPOLOGY OF ENDOGENOUS ANXIETY-DEPRESSIVE STATES AND THEIR PREVENTION

Resume: Endogenous depressions are understood as autochthonous endogenous mental disorders in the form of states of pathologically reduced affect with manifestation in adolescence, i.e. between 16 and 21 years, lasting more than 2 weeks, often leading to pronounced social and educational maladaptation, having a number of internosological features and characterized by different outcomes depending on nosological affiliation.

The article uses clinical conversation, observation and psychological tests to diagnose endogenous anxiety depressions, the main method of treatment is

pharmacotherapy, psychotherapeutic training is additionally conducted, biological methods of therapy are used, etc.

Keywords: depression of endogenous genesis, anxiety disorders, psychopathology, clinical typology.

Актуальность. Проблема депрессий занимает на протяжении последних десятилетий значительное место в работах многих зарубежных и отечественных клиницистов[2,4]. Это связано с высокой распространенностью депрессивных расстройств, которая по данным разных авторов составляет в общей популяции от 5%-7% до 10%-15%, а также со значительным полиморфизмом клинической картины депрессий, что создает трудности как в диагностике этих состояний, так и в решении вопросов прогноза и лечения[1].

До настоящего времени, несмотря на постоянно увеличивающееся количество работ, посвященных изучению депрессий, остается много неясных и спорных вопросов, касающихся типологии депрессий, их классификации, нозологической принадлежности.

Выделяют биологически обусловленные эндогенные и психосоциально обусловленные реактивные депрессии. Многие исследователи указывают, что аффективная патология при эндогенной депрессии включает тревогу и аффект тоски. О.П.Вертоградова и сотр. большое значение придают апатии, которую они рассматривают как третий основной компонент депрессии. Структура депрессии определяется разными соотношениями компонентов триады в аффективной, идеаторной и моторной сферах. Таким образом, типы депрессии выделяют по ведущему аффекту: тосклиwyй, тревожный и апатический.

В работах, посвященных тревожным депрессиям отсутствует единство взглядов в отношении психопатологической структуры этих

состояний, взаимосвязи тревожных расстройств с другими проявлениями депрессивного синдрома[3].

Различны и подходы к лечению тревожных депрессий. Разработано множество схем применения фармакологических препаратов, но однозначной оценки их действия на клинические проявления тех или иных симптомов при тревожной депрессии нет[5].

Объектом нашего исследования стала тревожная эндогенная депрессия. В свою очередь, больные с тревожной эндогенной депрессией также представляет собой достаточно неоднородную группу, поскольку помимо тревоги у них выделяется еще ряд ведущих симптомов, значительно влияющих на клиническую картину.

Цель исследования. Целью исследования явилось изучение особенностей психопатологической структуры тревожных депрессий эндогенного генеза и разработка оптимальных схем лечения различных групп тревожных эндогенных депрессий.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной задачи мы отобрали 80 пациентов, обратившихся в АВПНД с тревожной депрессией, для обследования с целью изучения их клинической типологии.

Результаты исследования. Клиническая картина тревожной депрессии, дополненная комплексом фобических симптомов, наблюдалась у 40,90% пациентов. Для них характерно чувство страха, как различных ситуаций, так и способности быть спонтанными везде, необходимость избегать многих ситуаций., чувство дискомфорта среди людей, чувство страха. потеря сознания, чувство неуверенности в себе и своих действиях, страх перед опухолью, смертью в результате сердечного приступа, страх не иметь возможности получить своевременную медицинскую помощь.

В обеих группах, отобранных для обследования, анализ клинических и психопатологических характеристик пациентов с эндогенной депрессией

оценивался не только на основе оценки жалоб и состояния пациентов, но и был дополнен шкалой "опросник тяжести психопатологических симптомов" (symptom checklist-90-revised-SSL-90-R) [17]. Шкала SSL-90-R - это инструмент для определения текущего, существующего на данный момент психопатологического симптоматического состояния, который позволяет определить тяжесть основных клинических и психопатологических симптомов

В ходе нашего исследования было установлено, что у пациентов основной группы ведущий депрессивный симптомокомплекс (уровень депрессии составляет 1,60 балла) часто сочетается с тревогой, обсессивно-компульсивными симптомокомплексами, высокой степенью осложненности, межличностной чувствительностью. Эти пациенты имели высокий уровень тревожности и набрали 1,67 балла. Симптомы Анксиете клинически проявлялись в высоком уровне раздражительности, беспокойства, напряженности, а также приступах паники, чувство опасности, страха и боязни за свое состояние и состояние близких, за настоящее и за будущее.

Обсессивно-компульсивные симптомы с интенсивностью 1,47 балла отличались своими возможностями, принятием решений, наличием мыслей и переживаний негативного спектра по отношению к уверенности в себе. Эти переживания воспринимались пациентами как постоянные и непреодолимые.

Среди психопатологических симптомов у пациентов основной обследуемой группы симптомы соматизации характеризуются высокими показателями (1,39 балла). Клиническая картина показывает жалобы со стороны сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной и других систем, боли во внутренних органах и мышечный дискомфорт.

У этих пациентов индекс межличностной чувствительности также значительно увеличился и составил 1,38 балла, что указывает на то, что у

пациентов возникает чувство личной неадекватности и неполноценности, особенно при сравнении себя с другими. Клиническая картина межличностной чувствительности характеризовалась наличием самоосуждения, чувством тревоги и значительного дискомфорта в процессе межличностного взаимодействия. Кроме того, для этих пациентов характерно острое чувство самосознания и негативное ожидание межличностного взаимодействия и любого общения с другими пациентами.

У наших обследованных пациентов мы наблюдали, что существует три варианта эндогенных депрессий, которые являются важным компонентом состояния тревожной депрессии: тревожно-меланхолическая, тревожно-ипохондрическая, тревожно-адиамическая.

Роль тревожной депрессии у наших пациентов этой группы проявлялась в ее неопределенности при различных вариантах эндогенной тревожной депрессии: чаще всего она проявляется в тревожно-ипохондрической депрессии и реже всего в тревожно-адинамической депрессии.

Каждый клинический вариант эндогенных анксиолитических депрессий имеет свои особенности уменьшения симптомов во время терапии антидепрессантами. При анксио-меланхолической депрессии проявление тревоги уменьшается в первую очередь, в то время как гипотимия и чувство вины сохраняются дольше всего.

При анксио-ипохондрической депрессии наблюдается равномерное уменьшение симптомов, в числе первых также уменьшается тревога, а при ипохондрической фиксации на них дольше всего длятся соматические ощущения. При анксио-адинамической депрессии нарушения работоспособности и активности и суточные колебания делятся дольше всего.

При проведении терапии эндогенных анксиолитических депрессий необходимо учитывать их синдромные особенности.

При отсутствии противопоказаний терапия амитриптилином дает более быстрый результат при тревожно-меланхолическом варианте депрессии.

При лечении анксио-адинамической депрессии амитриптилином и миртазапином эффективность с точки зрения степени и степени уменьшения симптомов статистически не различается. Однако люди с более узким спектром побочных эффектов предпочитают выбирать миртазапин при этом варианте эндогенной тревожной депрессии.

При анксио-ипохондрическом варианте наилучший результат с точки зрения уменьшения и степени выраженности симптомов депрессии был получен при терапии миртазапином, который, учитывая его лучшую переносимость пациентами, предпочитает использовать миртазапин при этом варианте депрессии.

Вывод. В результате анализа полученных данных было установлено, что у больных с тревожной депрессией общий уровень тревоги составил 44,13 баллов. При этом у больных данной категории преобладал аффективный компонент тревоги, который составил

12,00 баллов. Также у пациентов основной группы был высоким и соматический компонент тревоги (32,13 баллов).

Полученные данные объективизируют жалобы больных и подтверждают наличие и выраженность аффективного и соматического компонентов тревоги.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Александровский Ю.А. Диагностика и терапия психических расстройств у больных первичного звена медицинской помощи. Лекции

для практикующих врачей. Актуальные вопросы кардиологии, неврологии и психиатрии. Здоровье человека. М.: 2017.- С.9-26.

2. Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Результаты опроса больных, страдающих аффективными расстройствами (европейское исследование). Журнал неврологии и психиатрии. 2013.-№10,- С.54-59.

3. Филатова Е.Г., Ковров Т.В., Башanova Е.Г., Яковлев О.Н., Погосов С.И. Ремерон в неврологической практике. Психиатрия и психофармакотерапия. 2013.- №1.- С. 68.

4. Brannan SK, Mallinckrodt CH, Brown EB, Wohlreich MM, Watkin JG, Schatzberg AF. Duloxetine 60 mg once-daily in the treatment of painful physical symptoms in patients with major depressive disorder. J Psychiatr Res 2005;39:43-53.

5. Thompson C. Onset of action of antidepressants: results of different analyses. Hum Psychopharmacol Clin Exp 2012; 17: S27-32.

6. Watson D., Weber K., Assenheimer J.S. et al: Testing a tripartite model: I. evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom subscales. Journal of Abnormal Psychology. 2005.-1: 3-14.