

Забылина Н. А.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ СМЕШАНЫМ ТРЕВОЖНЫМ И
ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/1/2008/11/22.html

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по данному вопросу.

Источник

Альманах современной науки и образования

Тамбов: Грамота, 2008. № 11 (18). С. 63-65. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/1.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/1/2008/11/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: almanac@gramota.net

дии. Срывы чуть чаще возникали в 1 полугодии и полностью отсутствовали при годовой оценке, что свидетельствует о небольшом вработывании у мальчиков.

Таким образом, проведенное наблюдение показывает существование половых различий в созревании учебной адаптации школьников. Сравнение при оценке в целом показывает, что высокий стабильный уровень адаптации в первом полугодии у мальчиков встречается реже, чем у девочек или учеников в целом (у девочек картина противоположная). В первом, втором полугодии и при оценке за год мальчики стартуют с лучших позиций, труднее проходят 3 класс и финишируют в 4 классе практически так же, как девочки (а во втором полугодии и при оценке за год даже чуть лучше). Как в первом, так и во втором полугодиях у мальчиков отсутствовало снижение уровня адаптации в 3 классе с последующей его стабилизацией. Случаи срывов практически одинаково часто возникают как у мальчиков, так и у девочек. Выявленный более высокий уровень адаптации девочек во 2 - 4 классах, вероятно, отражает их большую биологическую зрелость в этом возрасте.

Список использованной литературы

1. Журавишкина Е. Г. О некоторых особенностях учебной адаптации в начальной школе // Материалы региональной научно-практической конференции «Педагогика и психология детства». - Нижний Новгород, 2007.

2. Журавишкина Е. Г. К вопросу о половых различиях учебной адаптации школьников // Международный научно-методический сборник «Школа и здоровье. Проблемы медико-гигиенического обучения и воспитания учащихся». - Коломна, 2007.

3. Журавишкина Е. Г. О возрастно-половых особенностях учебной адаптации школьников // Альманах современной науки и образования. – Тамбов: «Грамота», 2008. - № 5 (12).

4. Журавишкина Е. Г. К вопросу об учебной безопасности школьников // Материалы 2-ой Международной научно-практической конференции «Культура безопасности: проблемы и перспективы». - Екатеринбург, 2008.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ СМЕШАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ И ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Забылина Н. А.

Новосибирский государственный медицинский университет

Частое совместное обнаружение депрессии и тревоги в терапевтических выборках было выявлено в исследовании WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000) [WHO 2000: 7]. В России 6-7% населения страдает депрессивными и тревожными расстройствами [Ротштейн 2005: 2]. По-прежнему актуален вопрос взаимоотношения тревоги и депрессии. Исследователи и клиницисты выделяют такие варианты депрессии, как «смешанная тревожная депрессия» [Boyer 2001: 3], «депрессия, связанная с серотонином» [Van Praag 1996: 7]. В МКБ-10 введена рубрика - смешанное тревожное и депрессивное расстройство (СТДР) - F 41.2 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 [МКБ-10: 0].

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

А. Постоянное или периодически повторяющееся дисфорическое настроение длительностью более 1 месяца.

В. Дисфорическое настроение в течение менее 1 месяца сопровождается 4 или более из следующих симптомов: 1) трудности в концентрации внимания или пустота в голове; 2) нарушения сна (трудности засыпания, сонливость или беспокойный, не приносящий отдыха сон); 3) чувство слабости или утраты энергии; 4) раздражительность; 5) озабоченность, беспокойство; 6) повышенная плаксивость; 7) настороженность, склонность к чрезмерным опасениям; 8) ожидание худшего; 9) чувство безнадежности (тотальная пессимистическая оценка будущего); 10) низкая самооценка или чувство собственной малоценности.

С. Симптомы вызывают клинически значимый дистресс или нарушение социального, трудового функционирования или других сфер адаптации.

Д. Симптомы не являются следствием прямого физиологического воздействия веществ (например, токсических или наркотических веществ или медикаментов) или общего медицинского заболевания.

Е. Все нижеперечисленное:

1) состояние больного никогда не удовлетворяло диагностическим критериям большого депрессивного расстройства, дистимии, панического расстройства, генерализованного тревожного расстройства; 2) настоящее состояние больного не удовлетворяет диагностическим критериям другого тревожного расстройства или расстройства настроения (включая состояние частичной ремиссии); 3) симптомы не соответствуют лучшим образом никакому другому психическому расстройству [DSM-IV: 4].

По данным А. Ferriman (2001) [Ferriman 2001: 4] и Т. W. Strine с соавт. (2005) [Strine 2005: 6] распространенность смешанного тревожного и депрессивного расстройства составляет: 12% - у женщин и 7% - у мужчин.

Цель: Исследовать клинические характеристики больных смешанным тревожным и депрессивным расстройством для выработки наиболее эффективной стратегии терапии.

Материалы и методы: Диагноз смешанное тревожное и депрессивное расстройство выставлялся в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (F41.2). В группу из 100 человек вошли 11 мужчин (11%) и 89 женщин (89%), возраст пациентов колебался от 18 до 58 лет (средний возраст 35,98±10,29). Группа амбулаторных больных - 59 чел. (59%), группа стационарных больных - 41 чел. (41%). Для оценки клинического состояния пациентов использовалась Шкала Гамильтона для оценки депрессии - HDRS, Шкала тревоги Гамильтона - НАМА, шкала депрессии Бека - BDI.

Результаты исследования: Показатели по основным шкалам представлены в Таблице 1.

Таблица 1. Средние показатели диагностических шкал

№	Шкалы	Суммарный балл M±m
1.	HDRS	12,58±0,20
	Субфактор тревоги	5,18±0,12
	Субфактор ядерных симптомов депрессии	3,78±0,06
	Субфактор психической заторможенности	3,50±0,05
	Субфактор инсомнии	2,46±0,09
2.	НАМА	15,19±0,29
	Психическая тревога	9,68±0,20
	Соматическая тревога	6,38±0,24
3.	BDI	12,63±0,30
	Когнитивно-аффективная субшкала	8,16±0,24
	Соматическая шкала	4,42±0,14

Большинство больных ранее обращались к специалистам общего профиля (терапевты, кардиологи, невропатологи) по поводу соматических жалоб и только потом обращались к психиатрам или психотерапевтам. При первичном осмотре у 52 - 68 % больных отмечалась ипохондрическая фиксация на соматической симптоматике. Ипохондрические идеи имели характер опасений, отличались нестойкостью, динамичностью, изменчивостью.

Наиболее часто соматические жалобы пациентов касались сердечно-сосудистых симптомов 88-98%: сильное или учащенное сердцебиение, ощущение перебоев в деятельности сердца, чувство сдавления, сжатия или боли в грудной клетке, «биение» в сосудах; сенсорных симптомов - 60-86 %: онемение или покалывание в различных частях тела, ощущение слабости, головокружение, ощущение «падения в обморок», бегание мурашек, приливы жара или холода, шум и звон в ушах. У 100 % больных была вегетативная симптоматика: головные боли напряжения, головокружение, склонность к локальной или диффузной потливости, бледность или покраснение кожи, тремор. Со стороны ЖКТ наиболее часто отмечались жалобы на ком в горле - 38 %, снижение аппетита - 38-42%. При этом незначительное снижение веса было только у 3% больных. Со стороны мочеполовой системы у 44-52 % отмечалось незначительное снижение либидо.

Выраженными были расстройства сна. Наиболее часто больные жаловались на трудности при засыпании 88-94 % и поверхностный или прерывистый сон - 72-78 %, в меньшей степени на ранние пробуждения - 24-40 %. После утреннего пробуждения не было чувства отдыха после сна, присутствовало ощущение вялости, сонливости в течение дня.

Со стороны психических симптомов больные жаловались на тревожную озабоченность, которая проявлялась в форме «внутренней» напряженности, неспособности расслабиться, отдохнуть, чувстве «раздраженности», «взволнованности», «взвинченности», «заведенности», «нервности», отмечали склонность к чрезмерным опасениям, ряд больных жаловались на ухудшение памяти, трудности в концентрации и удержании внимания.

При расспросе настроение описывалось как «безрадостное», «печальное», «грустное», «подавленное». Высказывались различного рода пессимистические опасения. Будущее рисовалось мрачным, безрадостным, безнадежным. Волнение касалось болезненного соматического состояния.

Идеи самообвинения ограничивались в основном самоупреками за ошибки и упущения, допущенные в прошлом. Идеи собственной малоценности выражались в ощущении несостоятельности. У ряда больных отмечались эмоциональная неустойчивость со склонностью к слезливости, повышенная раздражительность.

Отмечались снижение побуждений к деятельности, снижение интереса и способности получать удовольствие от хобби, увлечений, снижение уровня социальной активности. Психическая и физическая истощаемость проявлялась в жалобах на чувство слабости, утрату энергии.

Суицидальные тенденции, отмечаемые у 12-14 % сводились в основном к мыслям о смерти, бессмысленности, малоценности жизни, но с осознанием того, что они этого никогда не сделают.

Психические симптомы больными в основном расценивались как следствие соматических симптомов и проблем со сном.

Выводы: Препаратами выбора для лечения тревожно-депрессивных состояний являются антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), поскольку СИОЗС имеют в своем спектре выраженные тимолептический и анксиолитический эффекты. В начале фармакотерапии целесообразно использовать также транквилизаторы или нейролептики, например, эглонил. Использование данных препаратов позволяет быстро облегчить состояние больных, снизить уровень тревоги, ипохондрической фиксации, улучшить сон. Краткосрочная когнитивно-поведенческая терапия наиболее эффективна при данных состояниях. Мишенями терапии являются тревожные ожидания, раздражительность, чувство вины, самооценка и т.д. Именно данные симптомы ответственны за рецидивы заболевания. В ходе же психотерапии терапии пациенты получают компенсационные навыки, которые позволяют им управлять их симптомами и проблемами более эффективно.

Т.о. учитывая сложный генез тревожно-депрессивных состояний, выраженную соматическую симптоматику, наиболее эффективным является комбинированная терапия: фармакотерапия и психотерапия.

Список использованной литературы

1. **Международная классификация болезней (10-й пересмотр):** Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Перевод на русский язык под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. - Санкт-Петербург: «АДИС», 1994. - 303 с.
2. **Ротштейн В. Г., Богдан М. Н., Суегин М. Е.** Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2005. - Т. 7. - № 2. - С. 32-43.
3. **Boyer W. F., Feighner J. P.** Utility of SSRIs in Anxious Depression // S. A. Montgomery and J. A. den Boer (Eds.). SSRIs in Depression and Anxiety. - John Wiley and Sons Ltd., 2001. - Second Edition. - P. 178-185.
4. **Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV).** - Washington: American Psychiatric Association, 1994. - 4th ed.
5. **Ferriman A.** Levels of Neurosis Remained Statistic in the 1990-s // British Medical Journal. - 2001. - Vol. 323. - P. 130.
6. **Strine T. W., Chapman D. P., Kobau R. et al.** Associations of Self-Reported Anxiety Symptoms with Health-Related Quality of Life and Health Behaviors // Social Psychiatry, Psychiatry, Epidemiology. - 2005. - Vol. 40. - № 6. - P. 324-325.
7. **Van Praag H. M.** Comorbidity (Psycho)Analysed // British Journal of Psychiatry. - 1996. - Vol. 168. - P. 129-134.
8. **World Health Organization. International Consortium in Psychiatric Epidemiology.** - Geneva: World Health Organization, 2000.

СОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У БОЛЬНЫХ СМЕШАНЫМ ТРЕВОЖНЫМ И ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Забылина Н. А.

Новосибирский государственный медицинский университет

Актуальность: В России 6-7% населения страдает депрессивными и тревожными расстройствами [Ротштейн 2005: 8]. Распространенность же смешанного тревожного и депрессивного расстройства по данным А. Ferriman (2001) составляет: 12% - у женщин и 7% - у мужчин [Ferriman 2001: 12].

Все чаще типичные аффективные проявления депрессии и тревоги отодвигаются на второй план, уступая место соматическим, вегетативным, алгическим, функциональным и поведенческим эквивалентам [Сукиасян 2007: 10]. Депрессии, характеризуются невыраженностью, «стертостью», значительной представленностью соматических ощущений, фобических и ипохондрических, сверхценных образований [Воробьев 1989: 3]. Более чем у 2/3 больных депрессией выявляется боль разной интенсивности [Baig 2004: 11]. Наиболее часто встречаются пять видов боли: абдоминальная, головная, боль в спине, в груди и лицевые боли [Вознесенская 1998: 2; Гхайер 1997: 4; Holroyd 2000: 13; Lorenzo 2001: 14; Ulrich 1996: 15; Zakrzewska 2002: 16]. Различные соматические симптомы, сопровождают приступ тревоги в качестве его эквивалентов или как «маскированные» состояния тревоги. Часто эти симптомы замещают у пациента ощущение тревоги как таковой. «Соматизации» аффекта предрасполагает ряд конституциональных, приобретенных и внешних факторов, таких как психологический склад личности, особенности телесной чувствительности, длительность стресса, а также алекситимия [Аведисова 2004: 0]. Пациенты часто оценивают свое состояние как соматическое, а не психическое неблагополучие [Смулевич 1999: 9]. 62% лиц, страдающих депрессией, связывают ухудшение состояния не с психическим расстройством, а с нарушением функций внутренних органов и систем организма [Оганов 2004: 7]. Пациенты чаще считают тревогу вторичной по отношению к соматическим симптомам («стало страшно, что сердце остановится», «испугалась, что потеряю сознание»). Лишь менее 20% пациентов сами отмечают типичные для тревоги психологические симптомы - ощущение опасности, беспокойства, постоянного «планирования», сверхконтроля ситуации, «взвинченности» [Аведисова 2004: 0]. Выявляемость же депрессий осложняет и тот факт, что часто больным сложно выразить словами свое душевное состояние, поэтому они используют более привычную соматическую терминологию, т.е. описывают болевые или сенестопатические ощущения, при этом почти всегда подчеркивая их необычность и связь с эмоциональным состоянием (чаще всего тревожными или тоскливыми переживаниями). Более того, многие больные не осознают или не хотят говорить о своих психологических проблемах и на прямые вопросы о снижении настроения, тоске или тревоге отвечают отрицательно. В результате депрессия распознается только у одного из четырех пациентов, обратившихся за медицинской помощью, а адекватная терапия назначается лишь половине из них [Мосолов 2003: 6].