



К проблеме затяжных и хронических эндогенных депрессий (клиника, динамика, терапия)

Т.И. Дикая

Адрес для переписки: Татьяна Ивановна Дикая, ncpz5@inbox.ru

Длительные многолетние эндогенные депрессии являются нозологически неспецифичными и обнаруживают психопатологическую и клиническую неоднородность. В статье обсуждается типологическая дифференциация пролонгированных депрессий, проведенная с учетом различий психопатологических проявлений и их динамики, которая позволила подразделить их на затяжные и хронические депрессии. Кратко излагаются принципы терапии затяжных и хронических эндогенных депрессивных состояний.

Ключевые слова: пролонгированные депрессии, затяжные эндогенные депрессии, хронические эндогенные депрессии, психофармакотерапия, антидепрессанты

Классификация пролонгированных депрессий

Интерес психиатров к длительно текущим эндогенным депрессивным состояниям обусловлен, прежде всего, их значительной распространенностью среди депрессий в целом, а также высоким уровнем психосоциальных нарушений у больных, страдающих такого рода депрессиями. Так, распространенность длительных эндогенных депрессий среди де-

прессивных состояний, по данным R.C. Baldwin и D.J. Joller, составляет 7% [1]. Согласно исследованиям W. Coryell и соавт., затяжное течение депрессии встречается в 15–30% случаев [2], а по данным H. Spiess и соавт., на их долю приходится от 35 до 43% от всех депрессий [3]. Такой разброс показателей распространенности длительно текущих эндогенных депрессий связан с тем, что авторы по-разному оценивают эти клинически и пси-

хопатологически неоднородные состояния, объединяя понятия затяжных, хронических и терапевтически резистентных депрессий, и, следовательно, обнаруживают различные взгляды на самоопределение длительности затяжных или же хронических депрессий. Затрудняет сопоставление данных также то, что обследования проводились в разные временные промежутки, в неравнозначных популяциях пациентов как в отношении возраста и пола, так и в отношении социального статуса, характера наблюдения (амбулаторного или стационарного).

Еще задолго до создания нозологической классификации болезней W. Griesinger при описании меланхолического состояния указывал на возможность «длительных изменений со снижением энергии душевной жизни», рассматривая их как один из вариантов аффективных психозов [4]. Основатель клинико-описательной психиатрии Е. Краепелин отмечал склонность инволюционной меланхолии к затяжному течению, в 50% случаев переходящему в хрони-



ческое [5]. С.С. Корсаков выделял неблагоприятно протекающие депрессии, длящиеся более года [6]. В.П. Сербский обращал внимание на то, что при меланхолии приступы могут продолжаться далеко не одинаковое время: от нескольких дней до нескольких месяцев, года и более [7]. В.П. Гиляровский описал длительные депрессивные состояния, при которых «со временем приступы депрессивной болезни затягиваются, так что в конце концов может образоваться стационарное состояние, остающееся с некоторыми колебаниями до конца жизни» [8].

Развитие психофармакологии и появление антидепрессантов вызвало еще более пристальный интерес психиатров к проблеме длительных депрессий в связи с сохранением у части больных депрессивной симптоматики в течение многих лет, несмотря на проводимое лечение. Эти депрессивные состояния одни авторы относили к категории затяжных депрессий, другие – хронических депрессий. Некоторые психиатры вообще не разделяли понятия «затяжных» и «хронических» депрессий [9, 10]. Кроме того, при описании длительных многолетних депрессий врачи давали им различные названия, отражавшие их клинико-психопатологические критерии. Их именовали «характерологическая дисфория» [11]; «истероидная дисфория» [12]; «терапевтически резистентные депрессии». Последние не разделялись некоторыми авторами с понятием «хронических депрессий» [13]. В 1960–70 гг. было распространено мнение о том, что именно длительная и не всегда адекватная антидепрессивная терапия способствует затяжному или хроническому течению депрессий. Тем не менее существовало мнение о том, что «не все терапевтически резистентные депрессии обязательно становятся хроническими, поскольку болезнь может привести к спонтанному выздоровлению» [14].

Общепринятой классификации длительных эндогенных депрессий не существует и до настоя-

щего времени, что объясняется разными взглядами на динамику и характер течения пролонгированных депрессий, на их прогноз и нозологическую оценку заболеваний, в рамках которых они развиваются.

На современном этапе в зарубежной и отечественной психиатрии наибольшей популярностью пользуется классификация многолетних депрессий М.В. Keller и соавт. [15], в которой представлены 4 клинических варианта:

- 1) дистимия (стойкое депрессивное состояние длительностью не менее 2 лет);
- 2) хроническая большая депрессия (стойкое депрессивное настроение длительностью не менее 2 лет);
- 3) двойная депрессия (большой депрессивный эпизод на фоне дистимии длительностью не менее 2 лет);
- 4) большие депрессии с частичными ремиссиями.

По официальной современной американской классификации психических заболеваний DSM-IV-TR (2000) хроническая депрессия подразделяется на 3 типа: дистимию, хроническую большую депрессию и двойную депрессию. Затяжные депрессии рассматриваются в DSM-IV-TR в рубрике биполярных расстройств II типа под названием «лонгитодинальное течение (с эпизодами выздоровления и без них)». По данным МКБ-10, рубрика «хронические (аффективные) расстройства» включает лишь циклотимию (F34.0) и дистимию (F34.1). Затяжные депрессии в данной классификации вообще не упоминаются.

Отечественные психиатры при разработке типологии длительно текущих депрессий [16–18] исходят, прежде всего, из особенностей их клинической картины, динамики и прогноза, а также клинических особенностей и нозологической оценки заболеваний, в картине которых они формируются.

В настоящее время наиболее приемлемым с клинической и прогностической точек зрения, по нашему мнению, является деление

продолжительных эндогенных депрессий на 2 типа.

1. Затяжные эндогенные депрессии – протрагированные депрессивные состояния, длящиеся не менее 2 лет с последующим наступлением спонтанной или терапевтической ремиссии высокого качества (интермиссии) с полной обратимостью депрессивных расстройств и восстановлением доболезненного уровня психических функций, личностных свойств и качества жизни.

2. Хронические эндогенные депрессии формируются в рамках прогрессивных заболеваний шизофренического круга и определяются как длительно-текущие психопатологические состояния, динамика которых имеет непрерывный прогрессивный характер, перемежаясь лишь терапевтическими ремиссиями низкого качества с остаточной продуктивной симптоматикой и квалифицируются как приступ, растянутый во времени.

Клинические проявления и течение затяжных эндогенных депрессий

Затяжные эндогенные депрессии не являются нозологически самостоятельным образованием и наблюдаются в динамике моно- и биполярных аффективных заболеваний (циклотимия, маниакально-депрессивный психоз). Психопатологически и клинически они неоднородны. Картина эндогенного аффективного заболевания может исчерпываться затяжными депрессиями, или они могут сочетаться с аффективными фазами обычной длительности, возникая однократно или повторно.

Психопатологическая картина затяжных эндогенных депрессий соответствует картине классической эндогенной депрессии с относительно гармоничным сочетанием компонентов, составляющих депрессивную триаду, и исчерпывается проявлениями аффективного и аффективно-неврозоподобного уровня расстройств. В качестве доминирующих проявлений за-



тяжких депрессий выступают витальный аффект тоски и тревоги, признаки идеомоторного торможения, правильные суточные колебания настроения, депрессивные идеи малоценности, самообвинения, ипохондрические идеи и суицидальные мысли, то есть в картине затяжных депрессий преобладают явления позитивной аффективности.

В зависимости от особенностей психопатологической структуры выделяют два варианта затяжных эндогенных депрессий: «простые» затяжные депрессии и полиморфные затяжные депрессии.

«Простая» затяжная депрессия

Психопатологическая картина «простой» затяжной депрессии наиболее приближена к типичной циркулярной депрессии. Они протекают по типу тоскливых, тревожных или адинамических депрессий. От случаев непродолжительных депрессий их отличает лишь эпизодическое возникновение в картине одного типа структурно простой депрессии психопатологических нарушений, характерных для иных типов эндогенной депрессии также с простой структурой.

Эти нарушения всегда непродолжительны во времени, но проявляются по-разному: в одних случаях они рудиментарны, в других – представлены в завершённом виде и на некоторое время полностью вытесняют основную симптоматику состояния. Для них характерны витальность аффекта тоски или тревоги с загрудинной

локализацией, правильные суточные колебания настроения, идеи самообвинения, самоуничижения, жалобы на невозможность сосредоточения и концентрации внимания. Отмечаются двигательные, порой субступорозные нарушения, моторное оцепенение, что соответствует картине классического меланхолического синдрома. Таким больным свойственны также суицидальные мысли, попытки и намерения.

Для тоскливых и тревожных затяжных депрессий характерно появление в их картине кратковременных эпизодов апатии и адинамии, которые на протяжении нескольких часов или нескольких дней выступают у больных в роли ведущих жалоб. Для адинамических затяжных депрессий, которые почти не уступают по структуре и выраженности своих проявлений классическим апато-адинамическим, свойственно частое возникновение эпизодов тревожного аффекта в сочетании с двигательным беспокойством, доходящим до степени агитации, и острейших раптусов с суицидальными высказываниями и попытками.

Полиморфная затяжная депрессия

Психопатологическая картина полиморфной затяжной депрессии отличается более сложной структурой, многообразием синдромальных депрессивных проявлений и непостоянством определяющих ее расстройств. Главной отличительной чертой этих состояний является наличие в их структуре расстройств неврозоподобного уровня и/или деперсонализационных нарушений. У больных с полиморфной затяжной депрессией на протяжении одного состояния можно регистрировать неоднократную смену различных депрессивных синдромов без какой-либо четкой последовательности или закономерности. Обсессивные, тревожно-фобические расстройства, элементарные сенестопатии по типу дизсенестезий, ипохондрическая симптоматика, а также деперсонализационные анестети-

ческие нарушения неглубоки по своим проявлениям и всегда обнаруживают феноменологически родственную связь с депрессивным аффектом и степенью его выраженности, и со снижением его экспрессивности они быстро подвергаются редукции. Так, например, обсессивная симптоматика в структуре затяжных полиморфных депрессивных состояний в большинстве случаев проявляется навязчивыми опасениями, воспоминаниями и представлениями, степень выраженности которых находится в прямой связи с аффектом и его тяжестью. Иногда приближаются к уровню навязчивостей и периодически возникающие мысли о смерти и возможности ухода из жизни. Нередко отмечаются фобии ипохондрического содержания, чаще всего со страхом смерти от остановки сердца.

Сенестопатические нарушения в структуре полиморфной затяжной депрессии представлены лишь в виде «стягивания», «покалывания», «онемения» и «жжения» в различных частях тела и никогда не приобретают бредевого характера.

Деперсонализационные расстройства в структуре затяжных полиморфных эндогенных депрессий в основном ограничиваются явлениями «неистинности» эмоций с ощущением их приглушенности и уплощения, переживанием дефицитности личностных качеств. У больных доминирует ощущение утраты эмоциональной сопричастности с внешним миром, «существования за преградой», сопровождающееся тревожными опасениями необратимости этих изменений. Анестетические расстройства отличаются нестойкостью и полностью подвергаются редукции по мере обратного развития депрессии и значительного снижения ее глубины. В части случаев в картине затяжных полиморфных депрессий можно наблюдать также и дереализационные нарушения, которые тесно переплетаются со сниженным настроением и чув-

Затяжные эндогенные депрессии длятся не менее 2 лет, после чего наступает ремиссия с полной обратимостью депрессивных расстройств и восстановлением доболезненного уровня психических функций, личностных свойств и качества жизни.



твом тоски. Восприятие окружающего у этих больных приобретает депрессивно-окрашенный характер: мир представляется мрачным, серым, лишенным яркости. По мере редукции депрессивных расстройств эти жалобы исчезают.

Все затяжные депрессии, как «простые», так и полиморфные, в своей динамике характеризуются последовательной сменой этапов начальных проявлений депрессии, периодом ее развернутых проявлений и относительно быстрым или растянутым во времени выходом из депрессии и заканчиваются формированием полноценных ремиссий достаточно высокого качества. Таким образом, главной особенностью динамики затяжных депрессий является их полная обратимость. Во всех случаях после затяжной депрессии регистрируется сохранность доминантной личностной структуры. Все это позволяет расценивать динамику данных депрессивных состояний как фазовую, растянутую во времени.

Исходя из наших наблюдений, затяжные депрессии длятся от 2 до 8 лет. Средняя продолжительность затяжной депрессии составляет 2,8 лет.

Клинические проявления и течение хронических эндогенных депрессий

Психопатологическая картина хронических эндогенных депрессий, в отличие от затяжных депрессий, носит более сложный и полиморфный, а следовательно, и более атипичный по отношению к классической циркулярной депрессии характер. Было выделено 4 типа хронических депрессий: меланхолический, апато-динамический, депрессивно-ипохондрический и депрессивно-деперсонализационный. В их структуре помимо основного депрессивного аффекта обязательно присутствовала депрессивная симптоматика, характерная для психопатологически иного типа депрессии, с развитием в ряде случаев симптоматики, выходящей за рамки аффективно-неврозоподобного

уровня и относящейся к проявлениям бредового регистра.

Согласно бинарной двухуровневой типологической модели депрессии, при хронических депрессивных состояниях преобладают явления негативной аффективности. Получается, что независимо от типа хронической депрессии в состоянии больных большой удельный вес занимают расстройства апато-динамического характера, отмечаются признаки дисфории в виде угрюмости, излишнего брюзжания, сварливости с претензиями к окружающим и нередко демонстративным поведением, а также ангедонии, которая проявляется утратой чувства наслаждения, способности испытывать удовольствие от чего-либо с постоянным чувством внутренней неудовлетворенности.

В целом для хронических депрессий характерными являются атипичия депрессивной картины, диссоциация в проявлениях депрессивной триады, высокий удельный вес в картине состояния неврозоподобных и деперсонализационных расстройств с выраженным полиморфизмом, атипичией и большей глубиной их психопатологических проявлений по сравнению с затяжными депрессиями, а также тенденцией к утрате четкой взаимосвязи их со степенью выраженности аффекта и перемежение гипоманиакальными «окнами» и аффективно-смешанными состояниями длительностью от 7 до 12 дней. Для хронической депрессии также характерен стертый монотонный аффект. Практически во всех случаях отмечается диссоциация между красочностью и насыщенностью аффективных жалоб депрессивного содержания и внешним обликом больных, подчас они производят впечатление неадекватно спокойных, а нередко внешне безучастных и равнодушных. Мимические проявления и пантомимика больных отличается бедностью и однообразием, речь лишена интонационной окраски. Отсутствует истинная ажитация при наличии жалоб на значительную тревогу, которая

Динамика хронических эндогенных депрессий имеет непрерывный прогредиентный характер, перемежается терапевтическими ремиссиями низкого качества с остаточной продуктивной симптоматикой и квалифицируется как приступ, растянутый во времени.

сопровождается многоречивостью, излишней назойливостью и в меньшей степени развернутым тимическим компонентом. У этих больных можно наблюдать диссоциацию и в проявлениях депрессивной триады в виде сочетания сниженного фона настроения, моторной заторможенности с монотонной многоречивостью, что сближает их со смешанными аффективными состояниями. Такая диссоциация депрессивных признаков регистрируется у части пациентов уже с момента манифестации хронической депрессии.

Обсессивные, сенестопатические и деперсонализационные проявления в картине хронических депрессий отличаются психопатологической неоднородностью и более сложным характером по сравнению с аналогичными расстройствами, встречающимися при затяжных депрессиях. Так, например, у ряда больных формируются сложные по структуре ритуально-обсессивные проявления. Сенестопатические ощущения у большинства больных с хронической депрессией располагаются в области головы, груди и живота и носят сложный характер. Так, больные говорят о «волнах ноюще-зудящей боли», о болях, похожих на вращение сверла, о чувстве «перетекания» в виде движения какой-то жидкости. У некоторых больных преобладают крайне необычные и вычурные ощущения, которые передаются ими исключительно с помощью жестов и сравнений: ощущение, похожее на дуновение горячего воздуха,



в грудной клетке; восходящие волны «шипящей» боли в висках; «отвердение» в половых органах; ощущение «пересыпания» чего-то похожего на песок в сосудах; «омертвелость» в мышцах и др. Иногда сенестопатии имеют некоторую предметно-пространственную локализацию. В таких случаях больные жалуются на боли, по форме напоминающие «глубокие раны с плоским дном в руках и ногах» с тягостным ощущением чуждости их восприятия, на «вибрирующие кольцеобразные ощущения в бедрах», на сенсации «в виде шара из болевых шипов, перемещающегося внутри головы». Деперсонализация в картине хронических депрессий часто бывает представлена в виде ее сомато-психического варианта и проявляется ощущениями чуждости собственного лица и рук, невесомости ног, ощущением пустоты в голове и брюшной полости. Больные не чувствуют полноты вдоха и насыщения во время приема пищи. Другие больные жалуются, что перестали ощущать работу внутренних органов, жалуются на атрофию нервов. Такие высказывания приближаются по фабуле к ипохондрическому нигилистическому бреду. У части больных с хронической депрессией деперсонализационные расстройства выступают в совокупности с дисморфобическими признаками: больные не узнают в зеркале своего лица, оно кажется им чужим, застывшим, с пустым выражением глаз. Нередко у больных наблюдается усложнение явлений деперсона-

лизации вплоть до нарушения аутоидентификации и реальности своего «я», при этом степень отчуждения психических функций постепенно смыкается с психическим автоматизмом.

Возникающие идеи самообвинения у больных с хронической депрессией нередко носят ипохондрическую окраску и сводятся к ретроспективному бичеванию себя за ранее «легкомысленное» отношение к своему здоровью. Обращают на себя внимание раздражение и чувство зависти больных к окружающим здоровым людям, в том числе и к самым близким родственникам.

Анализируя наши наблюдения, можно говорить о 3 вариантах динамики хронических депрессий: динамически-инертная депрессия, динамически-лабильная депрессия и депрессия с непрерывным усложнением расстройств.

Динамически-инертный вариант характеризуется фактическим однообразием и сохранением как психопатологической структуры депрессии, так и интенсивности ее проявлений на протяжении всей хронической депрессии.

Динамически-лабильный вариант характеризуется наибольшим многообразием своих проявлений и протекает либо в виде волнообразной динамики хронической депрессии, либо по типу так называемой двойной депрессии, описанной М.В. Keller [19].

В первом случае динамически-лабильные хронические депрессии определяются волнообразным течением с аутохтонно или ситуационно обусловленными колебаниями интенсивности проявлений хронической депрессии с обострениями постоянно существующей симптоматики, но без изменения ее психопатологической структуры.

Во втором случае динамически-лабильного варианта хронической депрессии на фоне психопатологической картины одного из типов хронической депрессии: меланхолического, депрессивно-ипохондрического и апато-динамического – наблюдается развитие

ограниченных во времени депрессий иной психопатологической структуры, условно обозначенных как «вторые» депрессии. Этот тип течения по своим проявлениям соответствует так называемым двойным депрессиям [19]. Следует отметить, что психопатологическая структура «вторых» депрессий в большинстве случаев исчерпывается лишь аффективно-неврозоподобными синдромами. Однако в части случаев депрессивные проявления «второй» депрессии достигают степени депрессивного бреда и депрессия принимает характер бредовой депрессии. В некоторых случаях «вторая» тревожно-ипохондрическая депрессия сопровождается ипохондрическим бредом. Наряду с депрессивными идеями у этих больных в картине «второй» депрессии наблюдается депрессивный моноидеизм ипохондрического содержания с односторонней направленностью мышления, внимания, имеют место бредовые идеи отношения и отравления. Эти «вторые» депрессии непродолжительны во времени, длятся от 1 до 2 месяцев. Третий вариант динамики хронической депрессии, обозначенный условно как «динамика с непрерывным усложнением расстройств» или как «динамически прогрессивный», при котором картина многолетней хронической депрессии, протекавшей по типу двойной депрессии, сменяется типологически иной картиной депрессивного состояния с последовательным усложнением синдромов «второй» депрессии от чисто аффективных до более сложных депрессивно-ипохондрических, депрессивно-деперсонализационных и депрессивно-бредовых. В этих случаях обнаруживается все более явная тенденция к отчетливому длительному многолетнему течению хронической депрессии с признаками прогрессивности и непрерывной (континуальной) сменой депрессивных состояний в картине «вторых» депрессий, следующих друг за другом, без каких-либо признаков ремиссий между ними.

Атипичная динамика собственно депрессивных проявлений, выявление негативных личностных изменений и тенденция к непрерывному развитию расстройств в совокупности позволяют рассматривать хронические депрессии в рамках затяжных многолетних приступов.



В пределах доступного нам катамнестического прослеживания за динамикой этих длительно существующих сложных депрессивных синдромов вплоть до депрессивно-бредовых их обратного развития и возвращения к картине изначальной депрессии нами также не наблюдалось, каждый из них по мере усложнения расстройств сменялся следующим, более сложным депрессивным синдромом. Таким образом, депрессия принимала непрерывное, безремиссионное течение с последовательным усложнением расстройств от одной «второй» депрессии к другой. У большинства больных с подобной динамикой хронической депрессии определялась стойкая бредовая фабула ипохондрического содержания (у части из них бредовые нарушения выступали в виде бредового синдрома Котара). У остальных больных имела место сложная деперсонализационная депрессия со стойкими проявлениями синдрома Кандинского. Хронические депрессии длятся от 2 до 25 лет. Средняя длительность хронической депрессии, по нашим наблюдениям, составила 9,2 года. Независимо от варианта динамики картина хронической депрессии со временем (спустя 3,5–8 лет от ее начала) приобретает выраженные черты монотонности и однообразия в проявлениях, сопровождается утратой аффективной насыщенности переживаний у больных и характеризуется постепенным развитием негативных изменений личности с формированием особого депрессивного мировоззрения. У большинства больных отмечается прогрессирующее снижение «энергетического потенциала» и проявления эмоциональной дефицитарности, у некоторых больных можно отметить радикальную смену личностного полюса. Так, у больных регистрируется появление таких личностных качеств, как ворчливость, капризность, проследивались эмоциональная холодность и грубое рациональное отношение к близким. У некоторых больных со временем регистрируется

достаточно грубое истерическое поведение вплоть до его карикатурных форм: истерические проявления доходят до истерического ступора с явлениями псевдодеменции и пуэрилизмом. Подобную динамику скорее всего следует расценивать не как видоизменение психопатологического типа депрессии, а как приобретенные личностные изменения в виде психопатизации личности, обуславливающие истерические формы поведения больных.

Проявления негативной аффективности [20], составляющие структурную доминанту хронической депрессии, не следует с категоричностью отождествлять с проявлениями шизофренического дефекта, и несмотря на точку зрения ряда психиатров об их принципиальной обратимости [20, 21], следует согласиться с тем, что такие депрессии являются по своей сути дисгармоничными, несущими выраженную атипичию проявлений собственно тимического компонента. В целом это может свидетельствовать об их принципиально отличном и более неблагоприятном течении и прогнозе по сравнению с затяжными депрессиями.

Таким образом, атипичная динамика собственно депрессивных проявлений, выявление негативных личностных изменений и тенденция к непрерывному развитию расстройств в совокупности позволяют рассматривать хронические депрессии в рамках затяжных многолетних приступов.

Терапия пролонгированных депрессий

Детальное обсуждение различных вопросов, связанных с лечением пролонгированных депрессий, в рамках данной статьи не представляется возможным. Общие вопросы терапии длительных депрессий разработаны, в частности, отечественными психиатрами [22–24] и широко известны. Мы только укажем на некоторые положения, вытекающие как из собственного опыта, так и из опыта лечения больных с длительными

Препаратом первой линии в лечении длительных депрессий является антидепрессант широкого спектра фармакологического действия, чаще трициклической структуры, в случае его неэффективности назначаются тимоаналептики более избирательной тропности.

многолетними депрессивными состояниями в клинических отделениях Научного центра психического здоровья РАМН.

Выбор терапевтической тактики как в случаях затяжных, так и в случаях хронических депрессий обусловлен:

- психопатологическим типом самой депрессии;
- глубиной аффективных расстройств;
- вариацией имеющих в картине депрессии психопатологических расстройств (тревожно-фобических, обсессивных, сенесто-ипохондрических, бредовых и др.), которые требуют особого терапевтического подхода;
- индивидуальным лекарственным ответом на те или иные препараты или их сочетания;
- видом динамики самой длительной депрессии.

Кроме того, определение стратегии лечения должно осуществляться с учетом особенностей течения заболевания в целом и с учетом характера личностных особенностей больного.

Основным классом психотропных средств, применяемых при лечении больных с длительными эндогенными депрессиями, безусловно, выступает класс антидепрессантов. Однако вместе с тем должны активно использоваться также нейрорептики (преимущественно в малых и средних дозах): как в качестве вспомогательных средств при лечении затяжных депрессий, так и в качестве основной терапии наряду с антидепрессантами



в случае хронических депрессий. В лечении больных с пролонгированными депрессиями широко применяются в сочетании с антидепрессантами и психотропные препараты других классов: бензодиазепиновые транквилизаторы, нормотимики и ноотропы.

Как правило, первоочередным препаратом в лечении и тех, и других длительных депрессий является антидепрессант широкого спектра фармакологического действия, чаще трициклической структуры. В случае его неэффективности (в среднем отсутствие эффекта на протяжении 3 недель) назначаются тимоаналептики более избирательной тропности. Последующая терапевтическая тактика заключается в использовании для интенсификации лечебного эффекта комбинированной терапии, которая может быть представлена как в виде сочетаний двух антидепрессантов разного спектра действия или разных механизмов действия, так и в виде присоединения к тимоаналептикам либо анксиолитиков (особенно если в структуре депрессии присутствует массивная тревожная симптоматика), либо нормотимика, либо типичных или атипичных нейролептиков. Если и эти лечебные мероприятия не принесли положительного результата, применяется метод одномоментной отмены терапии, относящийся к так называемым «обрывающим» методам лечения. В случае неэффективности этого терапевтического варианта прибегают к электросудорожной терапии.

Следует отметить, что в части случаев в связи со сложностью психопатологической структуры длительной депрессии (в случаях деперсонализационных, сенестопохондрических, обсессивных нарушений и наличия депрессивного бреда) лечение сразу же начинается с комбинированной терапии антидепрессантами и нейролептиками, минуя стадию монотерапии тимоаналептиками. При лечении больных с затяжными и хроническими депрессиями выбор антидепрессанта и его дозы

зависит от уровня тяжести и глубины депрессивных расстройств. При умеренно выраженных депрессивных расстройствах применяются как препараты первого поколения – трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин) 75–125 мг/сут, так и тимоаналептики последних – второй и последующих – генераций: селективные блокаторы обратного захвата норадреналина (миансерин 30–90 мг/сут), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (эсциталопрам 10–20 мг/сут, флуоксетин 20–40 мг/сут, пароксетин 20–30 мг/сут, флувоксамин 150–200 мг/сут), селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (тианептин 37,5 мг/сут).

Препаратами выбора при терапии наиболее тяжелых депрессивных состояний являются трициклические антидепрессанты. В периоды утяжеления депрессивной симптоматики у больных используются более высокие дозы амитриптилина и имипрамина – 150–300 мг/сут, во время ослабления степени тяжести депрессии применяются умеренные дозы антидепрессантов трициклической структуры – 75–150 мг/сут.

Для интенсивности лечебного воздействия широко используется внутривенное капельное вливание антидепрессантов (амитриптилин, имипрамин, кломипрамин).

Желаемый терапевтический эффект достигается, как правило, при сочетании антидепрессантов с транквилизаторами (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин до 6 мг/сут, диазепам до 30 мг/сут, лоразепам до 8 мг/сут) или с малыми нейролептиками седативного действия (хлорпроксен до 150 мг/сут, тиоридазин до 30 мг/сут), а также с большими типичными и атипичными нейролептиками в малых и средних дозах (трифлуоперазин 2,5–10 мг/сут, рисперидон 2–4 мг/сут, флулентиксол 2,5 мг/сут, оланзапин 2,5–7,5 мг/сут).

Помимо психофармакотерапевтических мероприятий всем больным с длительными депрес-

сиями необходима рациональная психотерапия. У больных с хроническими депрессиями психотерапия в основном направлена на достижение осознания больным необходимости приспособления к длительно текущему заболеванию, адаптации к нуждам и интересам семьи и в то же время необходимости продолжения борьбы с болезнью с помощью тщательно подобранной поддерживающей терапии. У больных с затяжными депрессиями психотерапевтические беседы в большей мере должны быть нацелены на принятие больными факта необходимости приема поддерживающей терапии, несмотря на значительное улучшение их состояния, на нивелировку их склонности считать дальнейшее наблюдение у врача и прием препаратов после редукции депрессивной симптоматики обязательными.

Таким образом, наш опыт лечения больных с длительными эндогенными депрессиями показал необходимость соблюдения ряда принципов терапии этих состояний, среди которых основными являются:

- динамический подход к проведению лечения со сменой активной терапии на поддерживающую при выписке больных из стационара как при ремиссиях хорошего качества, так и при ремиссиях с признаками внутрибольничного улучшения;
- выбор конкретного антидепрессанта и дополнительно психотропного средства заводит от психопатологической структуры длительной депрессии;
- необходимость проведения комплексной психофармакотерапии путем комбинирования антидепрессантов с психотропными препаратами других классов;
- «большие» нейролептики назначаются предпочтительно в случае лечения затяжных депрессий и обязательно в случае комплексного лечения больных с хроническими депрессиями;



- обязательное включение в схему поддерживающей терапии у больных с хроническими депрессиями «больших» нейрореплетиков в малых суточных дозах;
- индивидуальная постоянная рациональная психотерапия как в стационаре, так и после выписки в случаях лечения больных не только с затяжными, но и с хроническими депрессиями. *

Литература

1. Baldwin R.C., Jolley D.J. The prognosis of depression in old age // Br. J. Psychiat. 1986. Vol. 149. P. 574–583.
2. Coryell W., Scheftner W., Keller M. et al. The enduring psychosocial consequences of mania and depression // Am. J. Psychiatry. 1993. Vol. 150. № 5. P. 720–727.
3. Spiessl H., Hubner-Liebermann B., Cording C. Zur Haufigkeit chronischer Depressionen im klinischen Bereich. Ergebnisse der Basisdocumentation // Krankenhauspsychiatrie. 2001. Vol. 12. Sonderheft 1. S. 56–59.
4. Призенгер В. Душевные болезни. 2-е изд. СПб., 1867. 610 с.
5. Kraepelin E. Introductory Lectures on Clinical Psychiatry (1904) // Manic-depressive illness. History of a syndrome. New York: International University Press, 1977. P. 9–32.
6. Корсаков С.С. Курс психиатрии. Т. 1. М., 1901. 343 с.
7. Сербский В.П. Руководство к изучению душевных болезней. М., 1906. 573 с.
8. Гиляровский В.А. Психиатрия. 3-е изд. М.: Медгиз, 1938. 774 с.
9. Вовин Р.Я., Аксенова И.О. Затяжные депрессивные состояния. Л.: Медицина, 1982. 192 с.
10. Шибанова Н.И. О некоторых клинических особенностях течения затяжных депрессивных состояний в позднем возрасте // Актуальные вопросы психиатрии в трудах молодых ученых. М.: НИИ психиатрии, 1972. С. 37–38.
11. Klein D.F., Taylor E.B., Harding K., Dickstein S. Double depression and episodic major depression: demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental characteristics and short-term outcome // Am. J. Psychiatry. 1988. Vol. 145. № 10. P. 1226–1231.
12. Liebowitz M.R., Klein D.F. Hysteroid dysphoria // Psychiat. Clin. North. Am. 1979. Vol. 2. P. 555–575.
13. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Л.: Медицина, 1988. 264 с.
14. Helmchen H. Therapy resistance in depression // Problems of psychiatry in general practice / Ed. by M. Gastpar, P. Kielholz. N.Y.: Hogrete&Huber Publishers, 1991. P. 97–106.
15. Keller M.B., Lavori P.W. Double depression, major depression, and dysthymia: distinct entities or different phases of a single disorder? // Psychopharmacol. Bull. 1984. Vol. 20. № 3. P. 399–402.
16. Тиганов А.С., Пчелина А.Л. Затяжные эндогенные депрессии // Материалы IV советско-финляндского симпозиума по проблеме депрессий: сб. статей / под ред. Г.В. Морозова. М., 1983. С. 19–26.
17. Пуховский А.А. Хронические депрессии (психопатология, клиника, терапия): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1992. 25 с.
18. Дикая Т.И. Затяжные и хронические эндогенные депрессии (вопросы психопатологии, клиники и нозологической оценки): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 22 с.
19. Keller M.B., Shapiro R.W. “Double depression”: superior position of acute depressive episodes on chronic depressive disorders // Am. J. Psychiat. 1982. Vol. 139. № 4. P. 438–442.
20. Смудевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике. М.: Берг, 2000. С. 18.
21. Kornsten S.G. Chronic depression in women // J. Clin. Psychiatry. 2002. Vol. 63. № 7. P. 602–609.
22. Riso L.P., Miyatake R.K., Thase M.E. The search for determinants of chronic depression: a review of six factors // J. Affect. Disord. 2002. Vol. 70. № 2. P. 103–115.
23. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М.: Восток, 1996. 288 с.
24. Цукарзи Э.Э. Клиника и терапия затяжных депрессивных и депрессивно-бредовых состояний у больных шизоаффективным психозом (рекуррентной шизофренией): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1996. 20 с.
25. Смудевич А.Б. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. № 4. С. 128–132.

On the question of prolonged and chronic depressions (clinical course, dynamics, therapy)

T.I. Dikaya

Mental Health Research Center of the Russian Academy of Medical Sciences

Contact person: Tatyana Ivanovna Dikaya, ncpz5@inbox.ru

Long-term endogenous depressions are characterized by lacking nosologic specificity and psychopathological and clinical heterogeneity. Typological differentiation of sustained depressions accounting for differences in psychopathological symptoms and symptoms dynamics is discussed. Long-term depressions are subdivided into prolonged and chronic depressions. Therapy principles for prolonged and chronic depressions are summarized.

Key words: long-term depressions, prolonged endogenous depressions, chronic endogenous depressions, psychopharmacotherapy, antidepressants