

Д
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

Всесоюзный ордена Трудового Красного Знамени
научно-исследовательский институт общей и судебной психиатрии
им. В. П. СЕРБСКОГО

На правах рукописи

ОБУХОВ Сергей Геннадьевич

УДК 616.895.4-03

ПАТОМОРФОЗ РЕАТИВНЫХ ДЕПРЕССИЙ

(Клиника, прогноз, терапевтическая тактика)

(Психиатрия — 14.00.18)

А в т о р е ф е р а т

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва — 1986

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ВСЕСОЮЗНЫЙ ОРДЕНА ТРУДОВОГО КРАСНОГО ЗНАМЕНИ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕЙ И СУДЕБНОЙ
ПСИХИАТРИИ им. В.П. СЕРЬСКОГО

На правах рукописи

УДК 616.895-071-082.8

ОБУХОВ Сергей Геннадьевич

ПАТОМОРФОЗ РЕАТИВНЫХ ДЕПРЕССИЙ
(Клиника, прогноз, терапевтическая тактика)

14.00.18 - психиатрия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва-1987

Работа выполнена во Всесоюзном ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательском институте общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Научный руководитель -
доктор медицинских наук И.А. КУДРЯВЦЕВ

Официальные оппоненты:
доктор медицинских наук, профессор М.А. ЦИВИЛЬКО
доктор медицинских наук Э.С. НАТАЛЕВИЧ

Ведущее учреждение :
Московский научно-исследовательский институт психиатрии
МЗ РСФСР /директор института - доктор медицинских наук, профессор В.В. КОВАЛЕВ/.

Защита состоится " ____ " _____ 1987 года на заседании специализированного Совета / Д.074.36.01 / Всесоюзного ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательского института общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Адрес: 119034, Москва, Кропоткинский пер., д. 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Автореферат разослан " ____ " _____ 1987 г.

Учёный секретарь специализированного Совета кандидат медицинских наук Л.М. САВЧЕНКО.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. В первой половине XX столетия, когда описание типичных клинико-динамических закономерностей наиболее распространённых психических заболеваний было в основном завершено, особое внимание исследователей стала привлекать тенденция к стойкому видоизменению проявлений и течения психозов и неврозов под влиянием целого ряда экзогенных и эндогенных факторов.

Этот процесс, получивший название патоморфоза, нашёл своё отражение преимущественно в работах советских психиатров. В частности, уже в 1938 году М.Я. Серейский указывал на изменение клиники шизофрении под влиянием новых активных методов терапии и реабилитации. В последующем описание патоморфоза психических заболеваний было дано в публикациях Ф.Е. Зартаняна, 1969; А.В. Снежневского, 1975; Г.Я. Авруцкого, 1975; Л.И. Зелинской, 1976, 1980; Л.К. Хохлова, 1977, 1979; Г.В. Морозова, 1979, 1982, 1983; И.А. Кудрявцева, 1979, 1985; Б.А. Трифонова, 1981, 1982; Б.В. Шостаковича, 1982, 1985; А. Кемпински, 1975; *G. W. Shimmlerpenning*, 1963; *C. Stefanis et al.*, 1976 и др.

В процессе изучения патоморфоза психических заболеваний перед психиатрической наукой встали новые задачи – пересмотр некоторых диагностических и прогностических критериев, экспертных вопросов, а также выбор более гибкой лечебной тактики.

Наиболее пристальное внимание в этом плане привлекли вопросы патоморфоза реактивных состояний – группы функциональных расстройств, в генезе которых ведущая роль отводится экзогенным, в первую очередь социальным факторам, которые постоянно меняются параллельно развитию человеческого общества. Особый интерес вызывает патоморфоз реактивных депрессий, поскольку эта форма реактивных состояний встречается чаще других и в механизмах её возникновения и развития отражается наибольшее разнообразие факторов экзогенного характера.

В последние десятилетия депрессивная патология стала занимать одно из первых мест среди всех психических расстройств.

Этому способствует не только изменение социальных условий, но и особенности действия ряда психофармакологических препаратов, переводящих психическое расстройство на уровень эмоциональных нарушений, чаще с депрессивным синдромом (Г.Я. Авруцкий, 1975). Кроме того, диагностика депрессивных состояний усложняется вследствие изменения их структуры – увеличения числа более легких "стертых", атипичных форм, появления "ларвированных", "маскированных", депрессий (В.Д. Десятников, 1975, 1979, Р. Kienholz, 1972, 1973). Все чаще приходится сталкиваться с "терапевтически резистентными" депрессиями (H. Hippus, 1970, F. Freikant, 1974, N. Sartorius, 1974 и др.), что может быть расценено как проявление определенных аспектов их патоморфоза. Атипичность депрессивных расстройств в современных условиях приводит к тому, что в целом ряде работ зарубежных авторов (H. Hiskal, 1979, 1981, 1983, J. Stephens et al., 1982) этот вид патологии рассматривается как "пограничная сфера", без нозологической дифференцировки, что обедняет постановку проблемы. В то же время изучение данного круга вопросов в ракурсе патоморфоза депрессивной патологии, как это следует из работ отечественных психиатров (Г.В. Морозов, 1979, 1982, 1983, И.А. Кудрявцев, 1985 и др.), с нозологическим выделением каждой группы, в частности реактивных депрессий, дает возможность решать как теоретические, так и чисто практические задачи, позволяет использовать выводы в ежедневной работе врача психиатра.

Поскольку реактивные депрессии являются наиболее широко распространенной, универсальной формой патологической реакции на микросоциальные конфликты, изучение закономерностей патоморфоза данной формы патологии приобретает особую актуальность не только в общепсихопатологическом, клиническом, но и в социальном аспекте.

Цель работы. Целью настоящей работы явилось изучение закономерностей и тенденций патоморфоза реактивных депрессий, возможности использования полученных данных для более дифференцированной диагностики и терапевтической тактики при данном заболевании, а также анализ причинных факторов процесса патоморфоза.

Задачи исследования:

1. Описание клинических, патокинетических, постпсихотических проявлений патоморфоза реактивных депрессий в общепсихиатрической клинике.

2. Уточнение некоторых диагностических и прогностических критериев в свете данных об их патоморфозе.

3. Обоснование выбора оптимальной терапевтической тактики.

4. Анализ причин патоморфоза реактивных депрессий.

Материал и методы исследования. Работа основана на клинко-катамнестическом и статистическом обследовании 393 больных реактивными депрессиями, лечившихся стационарно в Молдавской республиканской психиатрической больнице № I "Костюжени" и в стационаре Гродненского областного психоневрологического диспансера в период 1947-1982 г.г. Часть больных (56), лечившихся в стационаре Гродненского областного психоневрологического диспансера в период 1979-1982 г.г. являются собственными наблюдениями, остальные - представлены архивным материалом. Катамнестически обследован 281 больной. В остальных случаях было известно, что больные на диспансерном учете не состояли и в психиатрических больницах не лечились.

Наблюдения, в которых диагноз реактивной депрессии был ретроспективно пересмотрен в процессе катамнестического наблюдения, в разработку не включались.

Все больные были подразделены на три группы. В первую группу вошли 160 больных, лечившихся в психиатрической больнице "Костюжени" в период 1947-1962 г.г. (катамнестические сведения получены от 91 больного). Вторая группа - 109 больных (из них катамнестически обследованы 100), лечившихся стационарно в Гродненском общепсихдиспансере в 1963-1972 г.г. Третья группа - 124 больных (катамнез от 90), лечившихся в 1973-1982 г.г. в стационаре Гродненского областного психоневрологического диспансера. Принцип подбора больных определялся задачами исследования и позволял провести сравнительный анализ клинко-динамических показателей реактивных депрессий с учетом меняющихся общесоциальных условий и изменения терапевтического подхода.

Сравнительно-статистическое исследование проводилось с использованием непараметрического критерия процентов и их средней ошибки с применением соответствующих таблиц (М.Я. Гублер, 1971), выведения коэффициента корреляции и сравнения параметрических признаков по критерию Стьюдента. Для дополнительной сравнительной оценки тяжести депрессии использовалась шкала количественной оценки депрессивных симптомов Гамильтона (M. Hamilton, 1960).

Научная новизна. В работе на репрезентативном клиническом материале осуществлено сравнительное клинико-динамическое, катamnестическое и статистическое изучение патоморфоза реактивных депрессий на протяжении трёх с половиной десятилетий.

Надежно доказана тенденция к формированию проявлений реактивной депрессии в последние два десятилетия на более поверхностных регистрах в шкале поражений психики, уменьшение удельного веса сложно-сочетанной депрессивной симптоматики и необратимых сомато-вегетативных сдвигов, вызывающих впоследствии стойкую астенизацию. Обнаружено нарастание доли невротических и сенесто-ипохондрических расстройств в клинической картине болезни. Впервые установлено также увеличение продолжительности начальных и конечных невротических этапов заболевания и сокращение собственно психотического этапа депрессии. Описаны ранее неизвестные видоизменения структуры постпсихотических нарушений и отдалённых исходов заболевания, показано, что и на постгоспитальном этапе сохраняется тенденция к редукции очерченных структурных проявлений наряду с достаточно высоким удельным весом нарушений астено-невротического уровня.

Выявлены новые критерии прогноза реактивных депрессий в современных условиях, даны рекомендации по оптимизации диагностики и терапевтической тактики.

Впервые проведен анализ причинных факторов патоморфоза реактивных депрессий, указано на ведущую роль видоизменения микросоциальных условий (изменение характера доминирующих психотравмирующих воздействий, переоценка ценностей и т.п.) и перераспределение преморбидных вредностей в этом процессе.

Выявлены механизмы патоморфоза реактивных депрессий, определены некоторые патогенетические закономерности "реактивной болезни".

Практическая значимость результатов исследования. Полученные данные способствуют улучшению диагностики реактивных депрессий в условиях патоморфоза, раннему выявлению заболевания, повышают точность оценки тяжести клинических проявлений и психотических расстройств.

Выделение неблагоприятных в прогностическом отношении критериев дает возможность определить "группу риска", и более дифференцированно организовать диспансерное наблюдение за больными на постгоспитальном этапе. В работе предложены принципы терапевтической тактики как на этапе развернутых клинических проявлений заболевания, так и после выписки больных из стационара, показана необходимость широкого проведения психокоррекционных и реабилитационных мероприятий, наряду с дифференцированным проведением поддерживающей амбулаторной терапии. Критерии ранней диагностики, прогноза и терапевтической тактики могут быть использованы не только в условиях общепсихиатрической клиники, но и при проведении амбулаторной и стационарной судебно-психиатрической и военно-психиатрической экспертиз.

Внедрение в практику. Практические рекомендации, выработанные на основании полученных в диссертации результатов и касающиеся принципов лечения больных реактивными депрессиями в стационаре, а также организации терапии и реабилитационных мероприятий на постгоспитальном этапе, доложены на заседаниях Гродненского областного и Белорусского республиканского общества невропатологов и психиатров и находят применение в практической работе врачей психиатрических учреждений Гродненской области.

Публикация результатов исследования. По материалам диссертации опубликовано 6 работ. Список работ приводится в конце автореферата.

Объем и структура работы. Работа объемом 155 страниц машинописного текста (162 страницы - основной текст, 23 страницы -

указатель литературы) состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, указателя литературы (216 наименований, из них отечественных 155, иностранных 61) и приложения (Том II).

Во введении обоснована актуальность исследования. В первой главе показана история изучения патоморфоза психических заболеваний, обрисовано современное состояние вопроса патоморфоза реактивных состояний. Во второй главе дана характеристика материала, представлен принцип отбора наблюдений, обоснован метод исследования. В третьей главе представлено подробное описание клинико-психопатологических проявлений патоморфоза реактивных депрессий в сравниваемых группах, проведен анализ полученных сдвигов. В четвертой главе анализируется в сравнительном аспекте характер ранних постпсихотических нарушений и отдаленных исходов реактивных депрессий. В пятой главе исследуются особенности диагностики и терапии реактивных депрессий, даются рекомендации по оптимизации терапевтической и психокоррекционной тактики. В шестой главе проведен анализ факторов патоморфоза реактивных депрессий. В заключении обобщены полученные данные. В приложении даны количественные характеристики общепатологических, социальных и преморбидных показателей больных, сравнительные данные отношения клинико-динамических признаков в сравниваемых группах, 10 таблиц взаимосвязи исследованных признаков, а также примеры типичных историй болезни.

Настоящая работа выполнена в период за 1979-1985 г.г. на базе Гродненского областного психоневрологического диспансера и использования архивных материалов Молдавской республиканской психиатрической больницы № 1 "Костюжены".

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведенное исследование показало, что процесс патоморфоза реактивных депрессий нашёл свое выражение как в клинико-динамических проявлениях, так и в характере исхода заболевания. Условием его развития и причиной были социальные изменения, происшедшие в стране за 35-летний период послевоенного развития.

Так, в наблюдениях второй и третьей группы отмечалось последовательное повышение образовательного уровня больных, увеличение доли городского населения, изменение соотношения социального положения с нарастанием числа рабочих и служащих, значительное снижение религиозности и суеверности среди заболевших. Сдвиги в этих характеристиках существенно не отличались от таковых в популяции и отражали тенденцию к урбанизации и повышению общего культурного уровня всего населения. Следствием указанных сдвигов явилось также изменение характера доминирующих психотравмирующих ситуаций - основного этиологического фактора в развитии реактивной депрессии. Достоверно реже в последние два десятилетия психоз развивался после острых психотравм - сильного испуга, материальной потери, прямой угрозы жизни или здоровью близких и т.п. Большую значимость приобрели подострые, и особенно затяжные психотравмирующие ситуации - длительные, порой неразрешимые межличностные конфликты в семье, в быту, на производстве. Вместе с тем, в наблюдениях второй и третьей группы нам удалось выявить в преморбиде больных длительно сохраняющиеся микросоциальные конфликты, имевшие место до развития заболевания и не вызывавшие ранее психопатологических расстройств. Частота психотравм детского возраста (неполный дом, неправильные методы воспитания; алкоголизм родителей и т.п.) в сравниваемых группах существенно не отличались.

Возраст начала болезни указывал на преимущественную подверженность реактивной депрессии лиц зрелого возраста и существенно не отличался в сравниваемых группах. Во всех группах среди больных преобладали женщины (1-я гр. - 75 %, 2-я гр. - 64 %, 3-я гр. - 68 %). Не выявлено значительных различий и в психопатологически отягощённой наследственности больных.

Сравнительный анализ преморбидных вредностей указал на уменьшение в последние два десятилетия экзогенно-органической преморбидной неполноценности (54 % наблюдений 1-й гр., 43 % наблюдений 2-й гр., 34 % наблюдений 3-й гр.). Основным фактором, за счет которого произошло это перераспределение, явилось уменьшение или полная ликвидация в 60-х - 70-х годах целого ряда инфекционных заболеваний - сыпного тифа, малярии, коревого

энцефалита и др., которые были значительно распространены в стране в военные и послевоенные годы.

Показатель патохарактерологических преморбидных особенностей больных, наоборот, выявил тенденцию к учащению в последние два десятилетия, в основном за счет увеличения числа лиц с акцентуациями характера, преимущественно сензитивного круга.

Анализ клинических показателей реактивной депрессии в сравниваемых группах позволил выявить перераспределение ведущих клинических синдромов заболевания. Это проявлялось значительным увеличением в последние два десятилетия реактивных депрессий с ведущим синдромом "простой" или "чистой" депрессии (1-я гр. - 7 %, 2-я гр. - 16 %, 3-я гр. - 18 %) и астено-депрессивным синдромом (1-я гр. - 3 %, 2-я гр. - 18 %, 3-я гр. - 19 %).

В меньшей степени увеличилось число наблюдений с ведущим тревожно-депрессивным синдромом (1-я гр. - 7 %, 2-я гр. - 13 %, 3-я гр. - 12 %). Наряду с этим сократился удельный вес реактивной депрессии в форме "истерической депрессии" (1-я гр. - 46 %, 2-я гр. - 20 %, 3-я гр. - 24 %). Незначительные сдвиги в сторону уменьшения числа отмечались в наблюдениях с депрессивно-параноидным и депрессивно-ипохондрическим синдромом.

Одновременно с изменением соотношения ведущих синдромов заболевания были отмечены и значительные их структурные видоизменения. Общим для них было снижение глубины депрессивного аффекта, относительная тенденция к сближению различных форм депрессии, нарастанию удельного веса невротических и психопатоподобных проявлений в структуре реактивной депрессии. Такие структурные изменения сочетались с общим уменьшением тяжести психоза, ограничением клинических проявлений преимущественно пограничными регистрами в шкале психопатологических синдромов Джексона-Снежевского. Средняя количественная оценка тяжести депрессии по шкале Гамильтона подтверждала эту тенденцию и была представлена следующими показателями - 1-я гр. - $27 \pm 2,9$ балла, 2-я гр. - $21 \pm 2,6$ балла, 3-я гр. - $21 \pm 2,8$ балла.

В определенной мере патоморфоз реактивных депрессий отразился также на их патокинетических показателях. Это проявилось перераспределением типов течения и изменением этапности течения

психоза. Основываясь на критериях, предложенных отечественными авторами (Н.И. Фелинский, К.Л. Иммерман, И.Н. Бобровой) на нашем материале можно было выделить следующие типы течения: I. Моносиндромное истерическое, II. Моносиндромное эндоформное, III. Трансформирующееся истерическое, IV. Трансформирующееся эндоформное.

Моносиндромное истерическое течение характеризовалось началом болезни с симптомов невротического уровня, с преобладанием фиксации больных на своих переживаниях, тенденции к утравированию их с некоторой долей демонстративности. На этапе развернутого психотического состояния наблюдалось усиление тяжести переживаний, углубление их, однако основная структура ведущего синдрома (большой частью истерической депрессии), сохранялась. На этапе редукции психотического состояния снижалась глубина и тяжесть переживаний, хотя демонстративность поведения, в части наблюдений - речных установок, продолжали иметь место. В первой группе наблюдений этот тип течения отмечался в 29 % случаев, во второй в 23 %, в третьей группе - в 23 %, то есть существенных сдвигов не наблюдалось.

Моносиндромное эндоформное течение в большей части наблюдений проявлялось у больных с ведущим астено-депрессивным, тревожно-депрессивным, депрессивно-параноидным синдромами и синдромом "простой" депрессии. В этих случаях структура синдрома оставалась неизменной на всем протяжении болезни. Вместе с тем её психопатологические составляющие изменялись по глубине и в зависимости от этапа течения характеризовались различной степенью ундуляции в сравниваемых группах. В количественном отношении доля моносиндромного эндоформного течения достоверно увеличилась в последние два десятилетия (I-я гр. - 15 %, 2-я гр. - 54 %, 3-я гр. - 62 %).

Трансформирующееся истерическое течение наблюдалось как у больных с ведущим синдромом истерической депрессии, так и в ряде случаев, где на основном этапе болезни был тревожно-депрессивный, либо депрессивно-ипохондрический синдром. Этот тип течения начинался остро, с полиморфной истерической симптоматики, которая в дальнейшем усложнялась депрессивными расстройствами.

вами, клиническая выраженность которых отличалась изменчивостью и затяжным характером. Данный тип течения последовательно сокращался в последние два десятилетия (I-я гр. - 51 %, 2-я гр. - 19 %, 3-я гр. - 14 %).

Моносиндромное эндоформное течение наблюдалось гораздо реже и имело тенденцию к практически полному исчезновению (I-я гр. - 5 %, 2-я гр. - 4 %, 3-я гр. - 1 %). Стереотип развития болезни включал депрессивно-параноидный и депрессивно-ипохондрический синдромы.

Тенденция к увеличению удельного веса моносиндромного эндоформного течения с более поверхностным уровнем синдромальных проявлений депрессии в целом, может быть расценена, как приближение патологической психогенной реакции к естественной реакции человека на психотравму и уменьшение роли истерических механизмов в формировании клинической картины психогенной депрессии.

Ряд закономерных сдвигов наблюдался и в этапности развития психоза при различных типах течения. В наблюдениях первой группы характерным было острое начало болезни непосредственно после психотравмы, либо вслед за коротким периодом психологической переработки. В соответствии с преобладанием истерического (трансформирующегося и моносиндромного) течения в этой группе заболевание начиналось психотическими проявлениями, преимущественно истерического круга. Во второй, и в большей степени третьей группах, вслед за разрешающей психотравмирующей ситуацией следовал этап психологической переработки, в течение которого у больных имели место жалобы невротического характера. Часто заболевание в этих случаях развивалось после дополнительного психотравмирующего воздействия. На начальном этапе симптоматика ограничивалась нарушениями невротического уровня, протекающими на субдепрессивном фоне. С углублением депрессивного аффекта присоединялись более тяжёлые признаки депрессии - идеи виновности, суицидальные мысли, сомато-вегетативные нарушения. Они свидетельствовали о начале психотического этапа.

Длительность этого основного этапа болезни была различной в сравниваемых группах (I-я гр. - $34 \pm 4,7$ дней, 2-я гр. - $27,2 \pm 5,3$ дней, 3-я гр. - $23,4 \pm 8,8$ дней) и характеризовалась по-

следовательным сокращением в наблюдениях второй и третьей группы. На этапе реконвалесценции отмечалось стирание основных симптомов депрессии, однако еще длительное время сохранялся субдепрессивный фон настроения и проявления астено-невротического характера. На этом этапе в наблюдениях первой группы доминировали симптомы органической астении, в то время, как у больных 2-й и 3-й групп на первое место выступали астено-невротические и сенестопатические невротические жалобы.

Таким образом анализ этапности течения заболевания в сравниваемых группах с обращением специального внимания на особенности структуры и длительности каждого этапа и их соотношения подтверждают наметившуюся тенденцию патоморфоза к снижению тяжести реактивной депрессии и к увеличению невротического радикала в его динамике.

Анализ ранних постпсихотических нарушений (в течение одного года после выписки из стационара) и отдаленных исходов (не менее трёх лет катамнестического наблюдения, в среднем 8,6 лет) также выявил достаточно типичные сдвиги. В наблюдениях третьей группы достоверно увеличилось число повторных эпизодов реактивных психозов, возникших в течение первого года катамнестического наблюдения (1-я гр. - 14,4 %, 2-я гр. - 8 %, 3-я гр. - 31,8%). Незначительное учащение в этом периоде наблюдалось по показателю заострения патохарактерологических особенностей в постпсихотическом периоде (1-я гр. - 7,8 %, 2-я гр. - 10 %, 3-я гр. - 12,1 %). Число больных с декомпенсацией психического состояния в виде астено-невротических проявлений, купировавшихся спонтанно, либо при назначении амбулаторного лечения, увеличилось среди наблюдений второй группы, и существенно не различалось в наблюдениях первой и третьей групп (1-я гр. - 26,7 %, 2-я гр. - 41 %, 3-я гр. - 27,5 %).

Удалось выявить незначительное усиление склонности к учащению, или более тяжелому течению соматических заболеваний в раннем постпсихотическом периоде. Число больных без каких-либо постпсихотических нарушений в этом периоде достоверно сократилось (1-я гр. - 40 %, 2-я гр. - 33 %, 3-я гр. - 22 %).

На отдаленном этапе катамнестического наблюдения неблагоприятные отдаленные исходы были представлены несколькими типами, которые различались по своей структуре и количественному соотношению. Исход в форме стойкой астенизации, с элементами потери трудоспособности наблюдался у 15 % больных первой группы, у 1 % больных второй группы и не наблюдался в третьей группе. Невротическое развитие личности отмечалось у 8 % больных 1-й группы, 14 % 2-й группы и 19 % 3-й группы. Относительное учащение патохарактерологических развитий личности также отмечалось в наблюдениях второй и третьей группы. При этом общее соотношение неблагоприятных исходов и практически полного выздоровления в сравниваемых группах по существу осталось тем же. Полное выздоровление в первой группе наблюдалось в 57% наблюдений, во второй группе в 58 % наблюдений, в третьей группе в 57 %.

Увеличение повторных эпизодов реактивных депрессий в последнее десятилетие, а также формирование невротических расстройств в ранние сроки катамнестического наблюдения должно быть объяснено прежде всего изменением характера психотравмирующих воздействий в сторону увеличения числа затяжных и подострых конфликтных ситуаций межличностного, бытового и производственного характера, которые сохраняли свою актуальность и после выписки больных из стационара. Как показал анализ рецидивов, основной их причиной было не новое психотравмирующее воздействие, а невозможность больного собственными силами добиться разрешения конфликта, явившегося причиной психоза. Вместе с тем, изменение характера рецидивирования в последние десятилетия от "клише-психозов" к смягчению остроты и тяжести повторного приступа по сравнению с первым, увеличение в структуре рецидивов невротических и психопатических расстройств указывает на изменение механизма рецидивирования с участием в их формировании личностных особенностей больных, с развитием декомпенсации преморбидных патохарактерологических черт и невротизацией в условиях неразрешимой затяжной психотравмирующей ситуации. Некоторое увеличение частоты патохарактерологичес-

ких декомпенсаций в ранние сроки катамнестического наблюдения и учащение патохарактерологических формирований личности в отдаленных исходах коррелирует с увеличением в последние десятилетия патохарактерологической преморбидной неполноценности. Обращает на себя внимание снижение частоты, вплоть до полного исчезновения, варианта неблагоприятного исхода в форме стойкой астенизации, приводящей к инвалидизации больного. Это совпадает со снижением тяжести основного этапа заболевания, и может служить дополнительным критерием благоприятной тенденции патоморфоза реактивных депрессий.

Тенденция же к увеличению исходов заболевания в форме патологического развития личности (невротического и патохарактерологического) в большей степени коррелирует с учащением изначальной патохарактерологической преморбидной неполноценности. Таким образом, неблагоприятными прогностическими критериями реактивных депрессий в условиях современного патоморфоза является сохранение актуальности психотравмирующей ситуации после компенсации психических расстройств в условиях стационара, а также наличие патохарактерологической преморбидной неполноценности.

Эти данные позволяют более целенаправленно организовать амбулаторное лечение больных реактивными депрессиями, диктуют необходимость обязательного назначения психокоррекционных мероприятий на постгоспитальном этапе.

Отмеченные клинические проявления патоморфоза реактивных депрессий предполагают необходимость более дифференцированного диагностического и лечебного подхода. Изменение в последние десятилетия этапности заболевания с более длительным начальным периодом с преимущественно невротическими нарушениями, в ряде случаев затрудняет раннюю диагностику. Как следует из наших наблюдений, больные на этом этапе чаще обращались к врачам-интернистам с жалобами функционального характера. Только после детального обследования соматической сферы и исключения соматического заболевания они направлялись на консультацию к психиатру, где на основании тщательного анализа анамнестических сведений и учёта клинических проявлений выставлялся диаг-

ноз реактивной депрессии. Чаще это бывало уже на этапе развернутых клинических проявлений болезни. В связи с этим знакомство врачей-интернистов с клиническими проявлениями патоморфоза реактивных депрессий является обязательным условием своевременного её распознавания.

В последнее десятилетие определённую помощь в аспекте ранней диагностики начального этапа реактивной депрессии оказывает формирование службы поликлинической психиатрической помощи, что предполагает наличие врача-психиатра в соматических поликлиниках. Но даже в этих условиях сохраняется необходимость ориентирования врачей-интернистов на возможность маскирования пограничных психических расстройств функциональными соматическими нарушениями, что наиболее часто встречается при депрессивном спектре (маскированные депрессии). Большую помощь здесь может оказать включение вопросов ранней диагностики депрессивных расстройств в курс подготовки врачей различных специальностей.

Специализированная психиатрическая помощь больным в наших наблюдениях начиналась преимущественно на этапе развернутых проявлений депрессии и проводилась по общепринятым методикам с использованием комплексного воздействия психофармакологических препаратов, биологической активной терапии (инсулинотерапия, а в случаях терапевтически резистентных депрессий - электроконвульсивная терапия) и психотерапевтического воздействия. Психофармакотерапия проводилась с учетом ведущего синдрома с назначением преимущественно среднетерапевтических доз антидепрессантов, транквилизаторов, а в случаях тревожного, параноидного компонента - нейролептиков, в дозах, составляющих $1/2$ - $1/3$ среднетерапевтических. В этих случаях применение нейролептиков приводило к достаточно быстрому купированию тревоги, ажитации, однако в ряде наблюдений развитие побочного действия нейролептических препаратов в форме экстрапирамидных и вегетативных нарушений усиливало депрессивный компонент у этих больных в связи с тревогой и беспокойством о своем соматическом благополучии. Эти данные предполагают необходимость более стро-

гой индивидуализации и дифференцированного применения препаратов данной группы при реактивных депрессиях в условиях психоморфоэза, замену их там, где это возможно, транквилизаторами, более раннее назначение корректоров.

Инсулинотерапия проводилась в 78 % наблюдений первой группы, 52 % наблюдений второй группы и в 57 % наблюдений третьей группы. Применение этого метода лечения оказалось оправданным, так как наряду с антипсихотическим эффектом, он способствовал редукции астенического компонента в период реконвалесценции.

Особого внимания в аспекте наблюдавшихся клинических сдвигов заслуживает организация терапевтической помощи в период выздоровления больных. Сокращение развёрнутого психотического этапа сочеталось в период выхода из психоза с остаточными расстройствами невротического уровня. Восстановление при этом критического отношения к болезни позволило части больных диссимулировать своё состояние, что нередко сопровождалось требованиями самих больных и их родственников скорейшей выписки из стационара. Однако неоправданно ранняя выписка в этих случаях служила благоприятной почвой для развития рецидивов, а сохранение остаточных невротических нарушений в последующем нередко приводило к формированию невротических развитий личности. Таким образом, необходимым элементом терапевтической тактики реактивных депрессий в современных условиях является проведение полного курса стационарного лечения вплоть до купирования остаточных астено-невротических нарушений.

Полученные катамнестические данные показывают, что поддерживающая терапия, направленная на предупреждение постпсихотических нарушений, а также на повышение психологической резистентности больных к сохраняющейся психотравмирующей ситуации, является обязательным и необходимым элементом лечебной тактики при реактивных депрессиях.

Наряду с поддерживающей терапией необходимо проведение достаточного объема реабилитационных и психокоррекционных мероприятий, направленных на разрешение актуальной психотравмирующей ситуации, особенно в современных условиях, когда доминирующими становятся затяжные, порой трудноразрешимые конфликты.

Данные, полученные в настоящей работе, позволили выявить некоторые причинные факторы патоморфоза реактивных депрессий. Наиболее важным среди них является изменение общесоциальных характеристик больных, однозначно указывающих на повышение материально-культурного уровня, коррелирующего с таковым в популяции, что опосредованно приводит к изменению характера реагирования на психотравмирующее воздействие, большей осознанности психотравмирующего конфликта, возможности предвидеть и нейтрализовать более отдалённые последствия его влияния, что ведёт к большей психологической стабильности людей. В свою очередь это сглаживает остроту, снижает неразрешимость психотравмы, оставляет в ряде случаев возможность более адекватного рационального выхода из сложившейся ситуации.

Изменению характера реагирования способствует также наблюдающееся перераспределение преморбидных вредностей. Увеличение в последние десятилетия удельного веса преморбидной патохарактерологической неполноценности способствует более лёгкому возникновению реактивного состояния. Однако, как отмечается в работах Н.В. Канторовича, Г.М. Ушакова, И.А. Кудрявцева такой вид патологической почвы способствует также более лёгкому течению психогенного заболевания, преобладанию в его формировании и динамике личностных механизмов, приближение клинических проявлений к декомпенсации патохарактерологических нарушений.

Отчасти отмеченные явления патоморфоза реактивных депрессий были связаны с урежением в последние десятилетия частоты экзогенно-органической преморбидной неполноценности, которая, как известно, способствует затяжному течению реактивного психоза, ригидности его клинических проявлений. Вместе с тем такие факторы формирования "патологической почвы", как патология эмбрионального периода, воздействие перинатальных вредностей, отклонения от нормальных условий воспитания сохраняют свою актуальность и в современных условиях. Затрудняя окончательное "изживание" психотравмирующей ситуации, они приводят к ундуляции течения реактивной депрессии, а также к последующему выяв-

лению латентных, либо к заострению имеющихся патологических особенностей личности.

Наряду с изменением "реагирующей почвы" нами было отмечено видоизменение характера собственно психотравмирующих ситуаций, что можно также расценить в качестве одного из факторов патоморфоза реактивных депрессий. Наблюдавшаяся во второй и третьей группах тенденция к преобладанию затяжных психотравмирующих ситуаций межличностного бытового и производственного характера, затрагивающих не витальные интересы больного, а более дифференцированные стороны его социальной жизни (семейное, бытовое благополучие, производственный статус и т.п.) и оказывающих воздействие в течение довольно длительного времени, достаточного для создания определенной резистентности психики, способствовало проявлению психогенной депрессивной реакции на более поверхностном уровне поражения психики. Это положение согласуется с данными П.Б. Ганнушкина, Н.В. Контровича и др. о том, что затяжные психотравмы чаще являются причиной неврозов, в то время как острые, массивные, витальные психотравмирующие воздействия вызывают реактивный психоз, как правило с нарушением сознания.

В ы в о д ы

1. Процесс патоморфоза реактивных депрессий в общепсихиатрической практике представлен широким спектром клинико-динамических сдвигов и отражает основную тенденцию патоморфоза всех психических заболеваний - тенденцию к более легкому их течению.

2. В качестве основных структурных клинических проявлений данного процесса выступают следующие признаки:

а) перераспределение ведущих клинических синдромов (форм) реактивной депрессии с увеличением в современных условиях удельного веса "собственно" депрессивных синдромов - синдрома "чистой" депрессии, астено-депрессивного, в меньшей степени тревожно-депрессивного, наряду с сокращением количества истерических реактивных депрессий и депрессивно-ипохондрического синдрома;

б) снижение глубины и тяжести клинических признаков с переходом психических расстройств на более поверхностные регистры в анале психопатологических синдромов Джексона-Снежного, абортивностью клинических проявлений, уменьшением удельного веса сложно-сочетанной депрессивной симптоматики и сомато-вегетативных сдвигов.

3. Динамические признаки патоморфоза реактивных депрессий проявляются:

а) изменением характера начала заболевания с более длительным периодом интрапсихической переработки психотравмирующего воздействия, сокращением частоты острого начала болезни (в форме аффективно-шоковой реакции и последующей трансформацией в депрессию) и замещением его довольно длительным этапом невротических расстройств, с постепенным, последовательным присоединением депрессивных переживаний;

б) перераспределением типов течения заболевания с увеличением доли моносиндромного эндоформного типа за счет сокращения трансформирующегося истерического течения;

в) изменением соотношения этапов реактивной депрессии увеличение продолжительности начального и конечного невротических этапов болезни и сокращение собственно психотического этапа депрессии;

г) изменением характера постпсихотических нарушений, что проявляется в первую очередь нарастанием числа рецидивов, с видоизменением их структуры в сторону смягчения клинических проявлений и сокращения длительности;

д) видоизменением форм неблагоприятных исходов реактивной депрессии с исчезновением таких проявлений, как стойкая астенизация, наряду с незначительным увеличением в последние десятилетия частоты невротических и патохарактерологических развитий личности.

4. Сохранение наряду с указанными выше изменениями основных клинико-динамических структурных критериев реактивной депрессии позволяет говорить о достаточной нозологической стабильности заболевания.

5. В качестве важных факторов патоморфоза реактивных депрессий в общепсихиатрической практике можно выделить:

а) изменение социальных характеристик больных с повышением в современных условиях их культурно-образовательного уровня, совпадающего с таковым в популяции, наряду с расширением сети психиатрической помощи и повышением качества медицинского обслуживания населения;

б) изменение характера психотравмирующих ситуаций с нарастанием удельного веса затяжных и подострых межличностных, бытовых и производственных конфликтов, дифференцированно затрагивающих преимущественно социальные стороны личности больного и в ряде случаев, сохраняющих свою актуальность на протяжении длительного времени и после выписки больного из стационара;

в) перераспределение преморбидных вредностей - сокращение удельного веса экзогенно-органической преморбидной патологии, наряду с увеличением патохарактерологических особенностей в преморбиде больных.

6. Основными критериями неблагоприятного прогноза реактивных депрессий на современном этапе можно считать:

а) патохарактерологическую преморбидную неполноценность;

б) сохранение актуальности психотравмирующей ситуации после выписки больных из стационара.

7. Клинико-динамические признаки патоморфоза реактивных депрессий указывают на необходимость пересмотра некоторых аспектов терапевтической тактики при данном заболевании, в частности:

а) необходим более дифференцированный терапевтический подход с учётом этапности течения заболевания;

б) сохранение терапевтической активности вплоть до полного исчезновения всех, в том числе и остаточных невротических проявлений болезни;

в) сохранение в клиническом арсенале наряду с психофармакотерапией биологически активных методов лечения;

г) проведение профилактического медикаментозного лечения на раннем постгоспитальном этапе, особенно при наличии прогностически неблагоприятных признаков;

д) увеличение объема психокоррекционных мероприятий, направленных на полную ликвидацию актуальности психотравмирующей ситуации.

СПИСОК

работ, опубликованных по теме диссертации

1. Некоторые особенности течения реактивных психозов в общепсихиатрической практике // Психические расстройства, не исключающие вменяемости / клинические и судебно-психиатрические аспекты /.: Сборник научн. трудов. - М., 1984. - С. 178-183.

2. Патоморфоз реактивных депрессий / клиника, прогноз /// Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике.: Сборник научн. трудов. - М., 1985. - С. 68-77.

3. Некоторые вопросы прогноза психогенных депрессий в аспекте современного патоморфоза // Депонированная рукопись № Д - 10527, принята 18 декабря 1985 г., реферат опубликован в медицинском реферативном журнале. - 1986, раздел XIV.- № 2 - публ. 241.

4. Лечебная тактика при реактивных депрессиях // Здоровоохранение Белоруссии. - 1986. - № 3. - С. 27-29.

5. Об изменениях в исходах реактивных депрессий // Кратковременные расстройства психической деятельности в судебно-психиатрической практике.: Сборник научн. трудов. - М., 1986.- С. 139-143.

6. Причины патоморфоза реактивных депрессий в общепсихиатрической практике // Материалы III съезда невропатологов и психиатров Белоруссии. - Минск, 1986. - С. 392-393.

МАТЕРИАЛЫ ДИССЕРТАЦИИ ДОЛОЖЕНЫ:

- на заседаниях проблемной комиссии по общей психиатрии Всесоюзного ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательского института общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского / Москва, декабрь, 1984 и октябрь, 1986 /;

- на выездной сессии Белорусского НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии совместно с заседаниями республикан-

ского и Гродненского областного научных обществ невропатологов и психиатров / Гродно, июнь, 1984 /;

- на заседании Гродненской областной врачебно-клинической конференции / Гродно, 1985 /;

- на IV Всесоюзной школе молодых учёных-психиатров / стендовое сообщение, Суздаль, март, 1986 /.