



# НЕЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИЙ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

УДК 616.895.4-053

Шевцов С. А., Смекалкина Л. В.

Лаборатория по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов при кафедре нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ФДПОП ГОУ ВПО ММА им. И. М. Сеченова Росздздра

## Аннотация

Полученные в данном исследовании результаты свидетельствуют о том, что сочетание психотерапии и лечебной физкультуры позволяет повысить эффект лечения непсихотической депрессии у подростков и лиц юношеского возраста. Выявление и оценка депрессивного расстройства в динамике проводилась с помощью психометрических шкал HAMD-21, опросников Цунга и CDI. Краткосрочная интегративная психотерапия при непсихотической депрессии проводилась в формате методов аутогенной тренировки, суггестивной терапии и когнитивно-поведенческой терапии. Лечебная физкультура применялась в виде интегративной гимнастики и дыхательных упражнений нейротропного действия. Была выявлена достоверно большая эффективность сочетания данных методов и недостаточная эффективность только одной специальной лечебной физкультуры при аффективных пограничных психических расстройствах у подростков и лиц юношеского возраста.

## Введение

Различные методы нелекарственной и комплексной терапии депрессивных расстройств непсихотического (невротического) уровня в последние годы изучаются очень активно в нашей стране и во всем мире [1, 2, 3, 4, 5].

Депрессии, коморбидные с другими психическими и психосоматическими расстройствами, занимают в последние десятилетия все большее место в заболеваемости детско-подросткового и взрослого населения, составляя, по данным некоторых исследователей, от 0,4–0,7 до 25% [1, 2, 5, 6, 7, 8]. При этом часто отмечается недостаточная эффективность обычно применяемого симптоматического лечения, что приводит к усложнению и хронизации депрессивных расстройств, проявляющееся соматизацией в виде различных заболеваний терапевтического профиля.

Тщательное исследование депрессивных симптомов, особенно у детей и подростков, показало, что многие виды маскировочных типов поведения и психосоматических расстройств являются достаточно «прозрачными масками» и что наличие депрессивного синдрома может быть констатировано непосредственно с помощью клинического интервью [2, 3, 4, 5]. Это привело к современному представлению о том, что депрессия часто сопровождается другими нарушениями, но они чаще определяются как коморбидные состояния, а не как депрессивные последствия или защитные маски.

Применяемые для лечения так называемых «непсихотических депрессий» высокоэффективные синтетические антидепрессивные средства зачастую приходится отменять или заменять из-за побочных эффектов, которые, в свою очередь, также требуют лечения. Особенно остро эта проблема касается больных с аффективной патологией моложе 18 лет [2, 3, 8, 9, 10, 11]. И поэтому комплементарные нелекарственные методы лечения, вследствие их особенностей [4, 5, 6, 7, 9, 11, 12], и, в частности, краткосрочная психотерапия и применение лечебной физкультуры при депрессивных расстройствах у подростков и лиц юношеского возраста привлекает внимание все большего числа как врачей общей и семейной практики, педиатров, так и психотерапевтов, неврологов и психиатров.

Целью нашей работы было изучение эффективности лечебной физкультуры и психотерапии при депрессивных расстройствах непсихотического уровня у больных подростково-юношеского возраста.

## Материал и методы исследования

Краткосрочная интегративная психотерапия при непсихотической депрессии нами проводилась в формате методов аутогенной тренировки по Лобзину В. С., Решетникову М. М. (1986), суггестивной терапии (Игумнов С. А., 2007, Захаров А. И., 2007) и когнитивно-поведенческой терапии по Шевченко Ю. С. (2003, 2008). Лечебная физкультура применялась в виде интегративной гимнастики по Левченко К. П. (1998, 2007), дыхательной гимнастики Бутейко К. П. (2000) и Стрельниковой А. Н. (2007) [2, 5, 6, 7, 8]. Данные методики были нами выбраны как наиболее эффективные, по данным литературы, при депрессивном синдроме у детей и взрослых [2, 3, 5, 9, 10].

Нами проводилось также клиническое обследование с оценкой психического статуса на момент первичного осмотра и в динамике с использованием стандартизованных оценочных психометрических шкал: шкалы общего клинического впечатления (Clinical global inventory, CGI), шкалы оценки депрессии Гамильтона (HAMD-21) и применялся опросник Цунга и Children's depression inventory (CDI).

В исследования были включены 65 пациентов с диагнозом по МКБ-10: реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации F 43, расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция F 43.22 и легкий депрессивный эпизод, без соматических симптомов F 32.00, с соматическими симптомами F 32.01.

Все исследуемые больные были в возрасте от 12 до 20 лет, средний возраст – 15, 2 ± 1,8, из них лиц мужского пола – 44 (67,7%), женского – 21 (32,3%). Пациенты и основной (33 человека, 50,8%) и контрольной (32 исследуемых, 49,2%) группы все завершили полный курс лечения в течение 28 дней.

## Результаты исследования

В начале исследования наблюдалась умеренная степень депрессивных расстройств у исследуемых, которая достоверно не изменилась после первых двух недель проводимого нелекарственного лечения в обеих группах по показателям психометрических шкал.

Однако на 28-й день лечения выявились достоверные различия, как в динамике симптомов в каждой группе, так и между группами, оцениваемые по шкале HAMD-21 и по относительному (процентному) соотношению той или иной степени улучшения шкалы CGI.

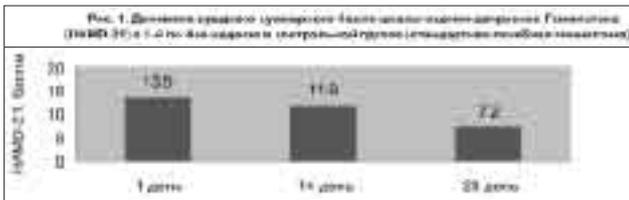
Эти результаты отражены в таблицах 1–2 и рис. 1.

Таблица 1. Динамика депрессивных симптомов по шкале оценки депрессии Гамильтона в процессе лечения

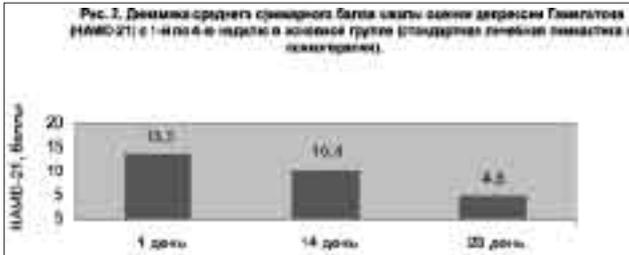
Группы	В начале лечения (баллы, HAMD-21)	14-й день терапии (баллы, HAMD-21)	28-й день терапии (баллы, HAMD-21)
Основная	13,5	10,4	4,8
Контрольная	13,5	11,9	7,2*

\*- достоверные различия ( $p < 0,01$ )

На 28-й день лечения не наблюдалась достаточная (снижение более 50%) положительная динамика в контрольной группе по шкале оценки депрессии Гамильтона, что отражено в рис. 1.



На 28-й день лечения выявились явная положительная динамика в основной группе по шкале оценки депрессии Гамильтона, что отражено в рис. 2.



Были получены также результаты сравнения двух групп по относительному (процентному) соотношению той или иной степени улучшения, отраженные в табл. 2 и 3.

Таблица 2. Результаты лечения к 14-му дню, по шкале Clinical Global Inventory (CGI)

Группы	Выраженное улучшение (01, 02 по CGI) к 14-му дню лечения (количество пациентов, %)	Умеренное улучшение (05, 06 по CGI)	Незначительное улучшение (09, 10 по CGI)
Основная	2 (3,1%)	14 (41,2%)	18 (52,9%)
Контрольная	0 (0%)	11 (35,5%)	20 (64,5%)

Ко второй неделе терапии по шкале CGI достоверных различий между основной и контрольной группами не было выявлено. Наблюдалось в основном умеренное и незначительное улучшение депрессивной симптоматики. Вследствие легкой степени выраженности тревожной депрессии не наблюдались такие показатели CGI, как «отсутствие улучшения» и побочные эффекты терапии – «умеренное влияние на деятельность больного», «выраженное влияние на деятельность больного».

Таблица 3. Результаты лечения к 28-му дню, по шкале Clinical Global Inventory (CGI)

Группы	Выраженное улучшение (01, 02 по CGI) к 28-му дню лечения (количество пациентов, %)	Умеренное улучшение (05, 06 по CGI)	Незначительное улучшение (09, 10 по CGI)
Основная	25 (73,5%)*	9 (26,5%)	0 (0%)*
Контрольная	8 (25,8%)*	12 (38,7%)	11 (35,5%)*

\* - достоверные различия ( $p < 0,001$ )

К четвертой неделе терапии по всем используемым психометрическим шкалам были выявлены достоверные различия в эффективности лечения между основной и контрольной группами, кроме показателя «умеренного улучшения» депрессивной симптоматики (табл. 3). «Выраженное улучшение» наблюдалось у 73,5% пациентов в основной и только в 25,8% случаев в контрольной группе. Особенно заметны были изменения в пунктах HAM-D-21, регистрирующих диссомнические (бессонница, невыспанность) и аффективные (собственно гипотимические) симптомы. И, напротив, «незначительное улучшение» (пункты 09, 10 по CGI) выявилось у 35,5% пациентов в контрольной группе, тогда как в основной группе больные с данной невыраженной динамикой терапии полностью отсутствовали.

### Выводы

Лечебная физкультура в выбранном формате специальных техник обладает недостаточной эффективностью при нелекарственной терапии депрессивных расстройств легкой степени в подростково-юношеском возрасте.

Достаточной и достоверно большей эффективностью обладает применение специальной лечебной гимнастики в сочетании с краткосрочной интегративной психотерапией в основной группе по сравнению с контрольной группой (только лечебная гимнастика) при лечении непсихотической депрессии у подростков и лиц юношеского возраста.

Полученные результаты позволяют рекомендовать сочетанное использование интегративной психотерапии и лечебной физкультуры при нелекарственном лечении депрессий непсихотического уровня в амбулаторно-поликлинической практике.

### ЛИТЕРАТУРА

- Mayer L., Lopez-Duran N. L., Kovacs M., George C. J., Baji I., Kapornai K., Kiss E., Vetry A. Stressful life events in a clinical sample of depressed children in Hungary. *Journal of affective disorders* 2009 May; 115(1-2):207-14.
- Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. – СПб.: Речь, 2000.
- Антропов Ю. Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков. – М.: Медпрактика, 2001.
- Иовчук Н. М. Детско-подростковые психические расстройства. – М.: НЦ ЭНАС, 2007.
- Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: МИА, 2003.
- Антипова О. С., Глазачев О. С., Курмышева Н. Я., Трофимова О. С. Возможности применения мультифакторных физиотерапевтических воздействий.
- Циркин С. Ю. (общая редакция). Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. – СПб.: Питер, 2004.
- Шевченко Ю. С. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков. – СПб.: Речь, 2003.
- Разумов А. Н., Ромашин О. В. Оздоровительная физкультура в восстановительной медицине. – М.: ВУЗ и школа, 2002.
- Лечебная физическая культура: Учебник / Под редакцией С. Н. Попова. – М.: Академия, 2007.
- Макарова Г. А. Спортивная медицина: Учебник. – М.: Советский спорт, 2006.
- Зилов В. Г. Современные представления о лечебных механизмах методов восстановительной медицины // Вестник восстановительной медицины. – 2009. – №1. – С. 12–16.
- Зилов В. Г., Шевцов С. А. Клинико-физиологические особенности и комплексная терапия тревожной невротической депрессии с гастроэнтерологическими симптомами у детей и подростков // Вестник новых медицинских технологий. – 2002. – Т. IX, № 3. – С. 76–77.

**Резюме.** Исследование эффективности специальной лечебной физкультуры и интегративной краткосрочной психотерапии при депрессиях непсихотического (невротического) уровня у 65 подростков и лиц юношеского возраста показало, что сочетание этих двух методов позволяет значительно повысить результативность лечения. При этом только одна лечебная физкультура недостаточно эффективна для лечения данных аффективных расстройств в этом возрасте.

**Ключевые слова:** непсихотическая, невротическая депрессия, депрессивный эпизод, подростки, лица юношеского возраста, дифференцированная лечебная физкультура, интегративная краткосрочная психотерапия, комплексное, восстановительное, нелекарственное лечение.

**Abstract.** Research of efficiency of special physiotherapy exercises and integrative short-term psychotherapy at depressions of not psychotic (neurotic) level at 65 teenagers and persons of young age has shown, that the combination of these two methods allows to raise productivity of treatment considerably. Thus only one physiotherapy exercises is insufficiently effective for treatment of the given affective disorders at this age.

**Key words:** psychotherapy, physical exercises, neurotic depression, adolescents, young people.

#### Контакты

**Шевцов Сергей Александрович**, к.м.н., с.н.с. лаборатории по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов при кафедре нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ФДПОП ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава

**Смекалкина Лариса Викторовна**, старший научный сотрудник, к.м.н., доцент  
г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2 и Борисовский проезд, д. 16, кв. 130, 8916-750-56-07, [7916@bk.ru](mailto:7916@bk.ru)