

Изобретение относится к медицине, а именно к психиатрии, и может быть использовано для диагностики, исследования эффективности проводимого лечения и решения ряда экспертных вопросов у больных циркулярной депрессией (тоскливый и тревожный варианты), сопровождающейся симпатикотоническим синдромом.

Известен способ диагностики клинических вариантов ЦД, включающий выполнение операций по определению среднегрупповых значений факторов А, В и П, показателей разрыва по всем трем факторам между оцениваемыми понятиями "Я-реальное" и "Я-идеальное", показателя "дистанции" -  $(B-A) + (B-P)$  по методу СДФ и выделение на основании полученных данных ППСН или его инверсии в самооценке больных [1]. О тоскливом и тревожном вариантах ЦД судят предположительно по наличию ППСН, о регрессе фазы психоза - по наличию инверсии ППСН в самооценке больных.

Недостатком способа является его низкая точность диагностики, что обусловлено следующими причинами. Во-первых, снижение среднегрупповых значений факторов А, В, П и изменения показателя "дистанции" -  $(B-A) + (B-P)$  наблюдаются и при депрессивных состояниях иной нозологии, что может создавать ложное впечатление ППСН или его инверсии в самооценке указанных больных, так как в прототипе не уточнены цифровые колебания значений показателя "дистанции" для тоскливого и тревожного вариантов ЦД на достаточном количестве наблюдений, которые имеют решающее значение при выделении ППСН и его инверсии в самооценке больных. Во вторых, из-за резких явлений идеаторной и моторной заторможенности в случаях выраженной депрессии контакт с больным затруднен, что не всегда делает возможным обследование по методу СДФ.

Целью настоящего изобретения является повышение точности диагностики клинических вариантов ЦД (тоскливого и тревожного), сопровождающейся симпатикотоническим синдромом.

Поставленная цель достигается тем, что в известном способе, включающем выполнение операций по определению средне-групповых факторов А, В и П показателей разрыва по всем трем факторам оцениваемыми понятиями "Я-реальное" и "Я-идеальное", показателя "дистанции"  $(B-A) + (B-P)$  и выделению ППСН и его инверсии в самооценке больных по методу СДФ, согласно изобретению, больным внутривенно вводят 10 мг диазепама для улучшения контакта, а затем через 20-30 мин проводят исследование по методу СДФ и определяют уточненные границы показателя "дистанции", а на его основании выделяют ППСН, его инверсию или констатируют отсутствие ППСН и его инверсии в самооценке больных, при этом наличие ППСН служит основанием для диагностики тоскливого и тревожного вариантов ЦД, его инверсии - для диагностики регресса фазы психоза, а отсутствие ППСН и его инверсии указывает на начало формирования интермиссии.

Использование транквилизаторов в лечении депрессивных состояний различного генеза известно, однако не известно использование этих препаратов в диагностике ЦД. Известно также наличие ППСН и его инверсии в структуре самооценки больных ЦД, однако неизвестно использование их уточненных значений в диагностике ЦД. В заявленном изобретении впервые уточнены границы цифровых колебаний ППСН и его инверсии в самооценке больных ЦД на достаточном количестве наблюдений. Таким образом, именно использование диазепамовой психофармакологической пробы для временного ослабления выраженности депрессивного состояния и уточнения цифровых колебаний ППСН и его инверсии в самооценке больных обеспечивает возможность повышения точности диагностики клинических вариантов ЦД, сопровождающейся симпатикотоническим синдромом, а такое использование авторам неизвестно.

Заявленный способ реализуется следующим образом

Больному внутривенно вводят 10 мг диазепама (реланиума), затем через 20-30 мин проводят исследования по методу СДФ и определяют среднегрупповые значения факторов А, В, П, показатели разрыва по всем трем факторам между оцениваемыми понятиями "Я-реальное" и "Я-идеальное", показатели "дистанции" -  $(B-A) + (B-P)$ , что дает возможность выделить ППСН в самооценке больных, сущность которого заключается в том, что у больных тоскливой депрессией "дистанция" между подструктурами реальной самооценки выражена наиболее (от 14,9 до 15,5 баллов), а между подструктурами идеальной самооценки - наименее (от 3,8 до 5,2 баллов), в то время как у больных тревожной депрессией, наоборот - "дистанция" между подструктурами реальной самооценки выражена менее (от 7,3 до 8,5 баллов), а идеальной - более (от 9,9 до 11,5 баллов). Этот симптом встречается всегда у больных тоскливой и тревожной депрессиями, когда их степень выраженности по модификационной шкале для оценки ЦД превышает 113 баллов (табл. 1). Поэтому наличие ППСН служит основанием для диагностики тоскливого и тревожного вариантов ЦД.

В процессе регресса ЦД, когда степень ее выраженности не превышала по модифицированной шкале 63 балла наблюдалась инверсия ППСН в самооценке больных, сущность которой заключается в том, что у больных тоскливой и тревожной депрессиями наблюдается увеличение "дистанции" между подструктурами реальной самооценки (от 7,6 до 8,4 и от 10,0 до 11,0 баллов соответственно) и ее уменьшение между подструктурами идеальной самооценки (от 3,0 до 3,4 и от 7,2 до 7,6 баллов соответственно). Инверсия ППСН в самооценке больных указывает на наличие регресса (незначительно выраженной) депрессивной симптоматики (табл. 2).

Отсутствие ППСН и его инверсии в самооценке больных указывает на начало формирования интермиссии.

Заявленный способ диагностики объясняется патопсихологическими показателями, приведенными в табл. 1, 2 и примерами его осуществления.

Пример 1. Больная Р., 24 лет. Диагноз: маниакально-депрессивный психоз (МДП), депрессивная фаза (вариант тоскливой депрессии), сопровождающаяся симпатикотоническим синдромом. Выраженность депрессивного состояния до лечения по модификационной шкале составила 140 баллов.

Больной внутривенно вводят 10 мг реланиума, затем через 30 мин проводят исследование по методу СДФ, с помощью которого выявлено выраженное занижение представления о себе по всем трем факторам реального образа - Я ( $A_p = -11,0$ ;  $B_p = -4,0$ ;  $P_p = -12,0$ ), которые отличались от значений факторов идеального образа - Я ( $A_i = 6,0$ ;  $B_i = 10,0$ ;  $P_i = 7,0$ ). При анализе степени расхождения подструктур в структуре самооценки по показателю  $(B-A) + (B-P)$  выявлен ППСН - "дистанция" между подструктурами реальной

самооценки была выражена более (15,0), а между подструктурами идеальной самооценки - менее (7,0). Полученные данные ППСН оцениваются в сравнении с результатами аналогичного исследования у больных с тревожным вариантом депрессии.

Таким образом, наличие ППСН в самооценке больной позволяет диагностировать МДП, депрессивную фазу (тоскливый вариант), сопровождающуюся симпатикотониче-ским синдромом.

Пример 2. Больная К., 36 лет. Диагноз: циркулярная депрессия (тоскливый вариант), сопровождающаяся симпатикотоническим синдромом. Выраженность депрессивного состояния в конце курса лечения по модифицированной шкале составила 52 балла.

Больной внутривенно вводят 10 мг реланиума, затем через 25 мин проводят исследование по методу СДФ на фоне приема амитриптилина и средств коррекции нарушений церебральной гемодинамики (настойка пиона, кавинтон, анаприлин). Выявлено незначительное занижение всех трех факторов реального и идеального образа - Я ( $A_p = 1,0$ ;  $B_p = 3,0$ ;  $P_p = -2,0$ ;  $A_i = 6,0$ ;  $B_i = 9,0$ ;  $P_i = 9,0$ ) и инверсию ППСН в структуре самооценки больной - "дистанция" между подструктурами реальной и идеальной самооценки уменьшена (7,0 и соответственно 3,0) по сравнению с аналогичными показателями до лечения. Полученные данные инверсии ППСН оценивались с результатами аналогичного исследования у больных с тревожным вариантом депрессии.

Таким образом, наличие инверсии ППСН в самооценке больной позволяет диагностировать регресс депрессивной фазы психоза.

Пример 3. Больной О., 47 лет. Диагноз: МДП, депрессивная фаза (вариант тревожной депрессии), сопровождающаяся симпатикотоническим синдромом.

В конце курса лечения больному внутривенно вводят 10 мг реланиума, затем через 20 мин проводят исследование по методу СДФ, с помощью которого выявлено приближение показателей всех трех факторов и "дистанции" к их значениям у здоровых лиц ( $A_p=4,9$ ;  $B_p=7,6$ ;  $P_p=5,0$ ;  $A_i = 7,0$ ;  $B_i = 12$ ;  $P_i = 11,2$ ;  $(B_p - A_p) + (B_p - P_p) = 7,2$ ;  $(B_i - A_i) + (B_i - P_i) = 7,3$ ).

Таким образом, ППСН и его инверсия в самооценке больного не обнаружены, что указывает на начало формирования интермиссии МДП. Последнее подтверждается и незначительной выраженностью депрессивного состояния по модификационной шкале, которая равнялась 6 баллам.

Как видно из таблиц и примеров осуществления, заявленный способ диагностики дееспособный и эффективный.

Способ использования у 118 разнополых больных ЦД (тоскливый и тревожный варианты), сопровождающейся симпатикотоническим синдромом, в возрасте от 18 до 50 лет, что подтверждается достоверными клинико-психопатологическими данными (акт клинических испытаний прилагается). На основании наличия ППСН в самооценке больных до лечения в 27 случаях был установлен диагноз тоскливой депрессии, а в 22 - тревожной депрессии; на основании инверсии ППСН в самооценке больных в конце курса лечения в 31 случае был установлен регресс тоскливой депрессии и в 31 - тревожной депрессии; в 7 случаях в конце курса лечения при отсутствии ППСН и его инверсии в самооценке больных было диагностировано начало формирования интермиссии.

По сравнению со способом-прототипом заявляемый способ диагностики позволяет сократить сроки обследования больных в среднем на 2 дня и, тем самым, ускорить назначение патогенетического лечения, что, в свою очередь, сокращает курс стационарного лечения в среднем на 2 дня. К тому же, заявляемый способ диагностики позволяет в 86,9% случаев объективизировать наличие депрессии у больных на начальных ее этапах при наличии соматовегетативных проявлений и недостаточной выраженности психопатологических признаков, а также в случаях диссимуляции, когда депрессия имеется, а больной ее скрывает, и наоборот. Способ-прототип позволяет объективизировать наличие депрессии у больных лишь в 59,2% случаев.

Таким образом, заявляемый способ по сравнению с прототипом повышает точность диагностики на 27,7%.

**Таблица 1**

**Усредненные значения показателя  $(B - A) + (B - P)$  для "Я-реального" и "Я-идеального" у больных до лечения ( $M \pm m$ )**

Испытуемые	Показатели	
	$(B_p - A_p) + (B_p - P_p)$	$(B_i - A_i) + (B_i - P_i)$
<b>Больные:</b>		
тоскливой депрессией, n=27	$15,2 \pm 0,3$	$4,7 \pm 0,7$
тревожной депрессией, n=22	$7,9 \pm 0,6$	$10,7 \pm 0,8$
<b>Здоровые, n=20</b>	$6,9 \pm 0,3$	$7,3 \pm 0,4$

Таблица 2

Усредненные значения показателя  $(B-A) + (B-P)$  для "Я-реального" и "Я-идеального" в конце курса лечения ( $M \pm m$ )

Испытуемые	Показатели	
	$(Bp-Ap)+(Bp-Pp)$	$(Bи-Aи)+(Bи-Пи)$
Больные:		
тоскливой депрессией, n=31	$8,4 \pm 0,4$	$3,2 \pm 0,2$
тревожной депрессией, n=31	$10,5 \pm 0,5$	$10,7 \pm 0,2$
Здоровые, n=20	$6,9 \pm 0,3$	$7,3 \pm 0,4$