

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ АФФЕКТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ

И.Л. Степанов, О.В. Моисейчева

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

В настоящее время проблема взаимовлияния и взаимодействия депрессивных и соматических расстройств сохраняет свою актуальность [1, 5, 8]. Многие пациенты с сочетанными психическими и соматическими расстройствами никогда не обращаются за помощью в учреждения психиатрической сети [6, 12] и данные о взаимосвязях психических нарушений и соматической патологии практически отсутствуют в доступной литературе. По имеющимся данным различных эпидемиологических исследований, наличие депрессии у больных, обращающихся к врачам общей практики, среди взрослого населения варьирует от 5 до 60% в зависимости от методов оценки [10, 15, 16].

Актуальность проблемы сочетания депрессий и соматических заболеваний связана не только с большой распространенностью аффективных расстройств, но и с их негативным взаимовлиянием. Наличие у больного депрессией соматического заболевания в анамнезе является неблагоприятным фактором, не только усложняющим диагностику и лечение данной категории пациентов, но и негативно влияющим на течение и прогноз как психического, так и соматического заболевания [20]. Депрессия ухудшает течение соматических заболеваний, усиливая клинические проявления болезни, замедляя выздоровление, ухудшает комплаенс в отношении терапии, снижает качество жизни и социальную адаптацию [4, 7, 18, 21].

Все большее распространение получает тот факт, что бремя симптомов соматической болезни, дистресс, обусловленный хроническими соматическими заболеваниями, усугубляют течение аффективных расстройств, способствует более ранней и повышенной смертности. В крупномасштабном исследовании на материале первичной помощи выявлено, что хронические органические заболевания и ослабленное соматическое здоровье являются

прогнозирующими признаками для возникновения новых депрессивных эпизодов в течение года [17].

Высокая распространенность депрессий, выявляемая в современных исследованиях, в сопряженности с соматической патологией, с типологическим разнообразием в зависимости от отягощенности соматическими заболеваниями, определяет необходимость проведения дальнейших более глубоких исследований, с разработкой новых методологических подходов [9, 11, 13, 19, 22].

Цель исследования – клинико-психопатологическая оценка значения типа депрессивного аффекта у больных с фазнопротекающими депрессивными состояниями и сопутствующей отягощенностью соматическими заболеваниями вне обострения.

Материалы и методы

В исследование было включено 100 больных депрессией в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (F31 – 22 чел., F32 – 17, F33 – 61) в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 42,2 года), из них женщин – 78, мужчин – 22. Основным критерием включения являлось фазное течение депрессивного расстройства (наличие спонтанных эндогенноморфных депрессивных эпизодов), а также различная степень отягощенности соматической сферы заболеваниями разных органов и систем, но на момент обследования вне обострения соматической болезни. Фиксировались диагностированные хронические соматические заболевания как отдельное нозологическое заболевание, так и в рамках систем органов: системы кровообращения, пищеварительной, дыхательной, мочеполовой, опорно-двигательной, эндокринной системы, болезней органов зрения и слуха, в соответствии с основными разделами МКБ-10. На основании данных анамнеза, собранных со слов больных и их родственников, из амбулаторных карт и выписок истории болезни, набраны материалы

об имеющихся у обследуемых пациентов хронических соматических заболеваниях, а также за период 1,5 года до настоящего обследования сведения об обострениях соматических болезней и обращениях по их поводу в медицинские учреждения. Основными методами исследования были клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, статистический. Депрессивное состояние оценивали по шкале депрессии Гамильтона (HDRS-21). Стандартизация клинико-психопатологического исследования проводилась в форме структурированного интервью на основании специально разработанной карты в группе исследования депрессий отдела расстройств аффективного спектра (текущее название – отдел клинико-патогенетических исследований расстройств аффективного спектра) Московского НИИ психиатрии. Карта частично модифицирована для целей настоящего исследования, с ранжированием выраженности психопатологических симптомов от 0 (отсутствие симптома) до 3 баллов (максимальная выраженность).

Ряд исследователей считает необходимым дифференцировать депрессивные состояния по типу ведущего (доминирующего) аффекта на тревожный, тоскливый и апатический [2, 3]. Данный вариант разделения выборки при анализе полученных данных использован в настоящем исследовании.

На начальном этапе проводился анализ соотношения ведущего аффекта с клиническими и психопатологическими симптомами в конкретных группах, что позволило определить ассоциированность ведущего аффекта с синдромально родственными симптомами и верифицировать его диагностическую надежность в этих группах и исследуемой выборке.

На следующем этапе анализа рассматривались две группы пациентов из данной выборки по принципу обращаемость-необращаемость к врачам-соматологам по поводу обострения соматического заболевания за период полтора года до настоящего обследования. Исследовалась связь тревоги, тоски, апатии с клинико-психопатологическими симптомами; кроме того, оценивались межгрупповые различия по данным симптомам.

Статистический анализ проводили с помощью программы Статистика 6,0. Определяли средние значения исследованных показателей с вычислением доверительных границ вероятности изучаемых признаков и связей между ними, использовали непараметрические методы сравнения независимых групп: тест Манна-Уитни, корреляционный анализ Спирмена.

Результаты

Клиническая картина обследованных больных характеризовалась большим разнообразием проявлений, однако специальное внимание обращалось на собственно аффективные симптомы, в частности сниженное настроение, подавленность с тягостными

ощущениями за грудиной, внутреннее волнение, беспокойство, напряжение, сопровождающиеся физиологическими проявлениями тревоги (сухость во рту, диспепсия, отрыжка, сердцебиение, головные боли, одышка, учащенное мочеиспускание, повышенное потоотделение), уменьшение или отсутствие чувства удовольствия от ранее приятного, сниженная самооценка, снижение желаний и побуждений к деятельности. Также в значительной степени выраженности проявлялись следующие симптомы: слабость, вялость, ощущение разбитости, чувство утраты энергии, тяжесть в теле, физическая истощаемость, нарушения сна в форме ранних пробуждений и трудностей при засыпании, психическая истощаемость, чрезмерная озабоченность здоровьем, эмоциональная лабильность.

Пациенты всей выборки, в соответствии с преобладанием в клинической картине определенного ведущего аффекта, были поделены на три группы: группа с ведущим тоскливым аффективным компонентом (ТОС) – 27 человек, группа с ведущим тревожным аффективным компонентом (ТР) – 55 человек, группа с ведущим апатическим компонентом (АП) – 18 человек. Как показано, наиболее часто в выборке ведущим определялся тревожный аффект, в меньшей степени тоскливый и реже всех – апатический компонент депрессии (табл. 1).

У пациентов с преобладанием в клинической картине тоски достоверные корреляции выраженности аффекта наблюдались с общей тяжестью депрессии, в частности с суммарным показателем шкалы Гамильтона, также со снижением активности и работоспособности, утратой интереса к деятельности и уменьшением реального времени проявления активности, моторной заторможенностью, суицидальными намерениями, физической истощаемостью, чувством вины, снижением самооценки, витализацией аффекта, безрадостностью, снижением удовольствия от прежде приятных занятий, идеаторной заторможенностью и чувством упадка сил и энергии с тяжестью в теле. Отмечались положительные корреляции с продолжительностью депрессивного эпизода, количеством соматических заболеваний и систем органов, отягощенных соматической патологией, количеством депрессивных эпизодов, длительностью психического заболевания.

При анализе корреляционных связей тревоги и психопатологических проявлений депрессии в группе ТР следует обратить внимание на связь со страхом, идеаторно-моторной расторможенностью, показателем шкалы Гамильтона (HDRS-21), чрезмерной озабоченностью здоровьем, соматической тревогой (физиологическими проявлениями тревоги), снижением аппетита с чувством тяжести в животе.

Апатия обнаруживала положительные корреляции с идеаторной заторможенностью, снижением желаний и побуждений к деятельности, двигательной

Корреляционный анализ психопатологических симптомов и признаков в группах с ведущим аффективным компонентом у пациентов всей выборки (n=100)

Психопатологические симптомы и характеристики	Тоска n=27	Апатия n=18	Тревога n=55
Сум HDRS-21	p<0,001 rs=0,387	–	p<0,01 rs=0,495
Моторная заторможенность	p<0,001 rs=0,375	p<0,01 rs=0,263	–
Моторная расторможенность	–	–	p<0,001 rs=0,512
Витализация аффекта	p<0,01 rs=0,273	–	–
Чувство вины	p<0,001 rs=0,365	–	–
Суицидальные намерения	p<0,001 rs=0,349	–	–
Страх	–	p<0,001 rs= - 0,387	p<0,001 rs=0,617
Ангедония	p<0,01 rs=0,273	–	–
Идеаторная заторможенность	p<0,01 rs=0,268	p<0,01 rs=0,680	p<0,05 rs= - 0,224
Идеаторная расторможенность	–	p<0,01 rs= - 0,289	p<0,001 rs=0,538
Абулия	p<0,05 rs=0,254	p<0,01 rs=0,277	–
Слабость, вялость	p<0,05 rs=0,221	–	–
Снижение самооценки	p<0,01 rs=0,286	–	–
Физическая истощаемость	p<0,001 rs=0,350	–	–
Снижение активности	p<0,05 rs=0,483	–	–
Упадок сил, тяжесть в теле	p<0,05 rs=0,254	–	–
Снижение аппетита, тяжесть в животе	–	–	p<0,05 rs=0,220
Утрата либидо, менструальные нарушения	–	–	p<0,05 rs=0,208
Соматическая тревога (физиологические проявления тревоги)	–	–	p<0,05 rs=0,223
Трудности при засыпании	–	–	p<0,05 rs=0,226
Чрезмерная озабоченность здоровьем	–	p<0,05 rs= - 0,253	p<0,001 rs=0,353
Продолжительность депрессивного эпизода	p<0,05 rs=0,483	–	–
Количество соматических заболеваний	p<0,01 rs=0,317	–	–
Количество систем, отягощенных соматическими заболеваниями	p<0,01 rs=0,256	–	–
Длительность психического заболевания	p<0,01 rs=0,263	–	–
Количество депрессивных эпизодов	p<0,01 rs=0,276	–	–

Примечания: rs – коэффициент корреляции Спирмена.

заторможенностью и отрицательные – со страхом и чрезмерной озабоченностью здоровьем.

На основании опроса пациентов и их родственников, данных медицинских карт были собраны сведения не только об обострениях соматических хронических заболеваниях, но и обращениях по этому поводу в медицинские учреждения за период 1,5 года до настоящего обследования. Группа с обращениями составила 71 человек. Группа без обращений (29 чел.) в основном включала пациентов, у которых соматическая патология не имела актуальности, хронические заболевания протекали за исследуемый период без эпизодов обострения, а также несколько человек, которые самостоятельно справлялись с заболеванием за короткое время.

Для статистической обработки применялся непараметрический метод сравнения для независимых групп (сравнение групп между собой) – непараметрический тест Манн-Уитни. В группе без обращений отмечено более выраженное чувство вины, снижение самооценки, обсессивно-компульсивные симптомы (при значениях от p<0,001 до p<0,05), тенденция к понижению давлению (p<0,062). В группе пациентов, прибег-

нувших к врачебной помощи за указанный период по поводу обострения соматического заболевания (71 чел.), достоверно более выражены (при значениях от p<0,0001 до p<0,05) физическая истощаемость, чрезмерная озабоченность здоровьем, соматическая тревога (сухость во рту, диспепсия, отрыжка, сердцебиения, головные боли, гипервентиляция, одышка, учащенное мочеиспускание, повышенное потоотделение), моторная заторможенность, слабость, вялость, повышенное артериальное давление, задержка стула, выраженные телесные сенсации. Пациенты были более старшего возраста, с большим количеством соматических заболеваний в анамнезе, более поздним началом аффективного расстройства. Собственно аффективный (тоска, тревога, апатия, дисфория), волевой компоненты и некоторые другие симптомы депрессивного синдрома по своей выраженности у данных групп не различались.

При оценке корреляционных связей клинкопсихопатологических признаков (метод Спирмена) с конкретным аффектом в группах пациентов всей выборке, обратившихся за медицинской помощью в связи с обострением соматического заболевания

(71 чел.) и не обращавшихся к врачам-соматологам (29 чел.) за период 1,5 года, отмечен ряд различий.

При оценке достоверно значимых корреляций (при значениях от $p < 0,001$ до $p < 0,05$) тоскливого аффекта и признаков депрессии в исследуемых группах у пациентов с обращениями выявлены корреляции с основными проявлениями депрессивного симптомокомплекса, в частности идеаторной ($r_s = 0,370$) и моторной заторможенностью ($r_s = 0,548$), абулией ($r_s = 0,415$), витализацией аффекта ($r_s = 0,487$), чувством вины ($r_s = 0,471$), суицидальными намерениями ($r_s = 0,379$), утомляемостью ($r_s = 0,335$), слабостью ($r_s = 0,261$), ангедонией ($r_s = 0,251$), а у пациентов без обращений с менее типичными проявлениями – психической тревогой (напряжением, беспокойством) ($r_s = 0,409$), деперсонализацией и дереализацией ($r_s = 0,428$) на фоне большого количества депрессивных эпизодов в анамнезе ($r_s = 0,385$) и более продолжительного аффективного заболевания ($r_s = 0,399$). Следует отметить в группе без обращений отрицательные корреляционные связи тоскливого аффекта и соматовегетативных проявлений, в частности продолжительности и выраженности телесных сенсаций ($r_s = -0,539$, $r_s = -0,477$), и замедление пульса ($r_s = -0,406$). В обеих группах наблюдаются положительные корреляции со снижением самооценки и суммарный показатель HDRS-21.

Достоверно значимые корреляции тревоги (при значениях от $p < 0,0001$ до $p < 0,05$) в обеих группах отмечены с характерным данному аффективному компоненту спектром симптомов, в частности с напряжением ($r_s = 0,547$ – с обращениями, $r_s = 0,791$ – без обращений), страхом (соответственно $r_s = 0,401$, $r_s = 0,659$), моторной расторможенностью (соответственно $r_s = 0,502$, $r_s = 0,628$), идеаторной расторможенностью (соответственно $r_s = 0,401$, $r_s = 0,842$). Группу с обращениями за период 1,5 года отличало наличие корреляций тревоги с фобическими нарушениями, страхом ($r_s = 0,638$), повышенной озабоченностью здоровьем ($r_s = 0,389$), а группу пациентов без обращений – корреляции с идеями самообвинения ($r_s = 0,458$), мыслями «что так жить не стоит» ($r_s = 0,537$) и сомато-физиологическими нарушениями (потеря в весе ($r_s = 0,581$), снижение аппетита ($r_s = 0,513$), утрата либидо ($r_s = 0,433$), трудности при засыпании ($r_s = 0,401$)).

С апатическим компонентом в обеих группах отмечена положительная связь (при значениях от $p < 0,001$ до $p < 0,05$) с идеаторной заторможенностью ($r_s = 0,325$ – с обращениями, $r_s = 0,301$ – без обращений), отрицательная – с тревогой ($r_s = -0,489$ – с обращениями, $r_s = -0,451$ – без обращений), страхом ($r_s = -0,337$ – с обращениями, $r_s = -0,511$ – без обращений) и чрезмерной озабоченностью здоровьем ($r_s = -0,357$ – с обращениями), также достоверно значимые корреляции наблюдались в группе с обращениями – с ангедонией ($r_s = 0,299$), а в группе без обращений – со снижением двигательной активности ($r_s = 0,519$).

Заключение

Разделение всей выборки на группы с различным ведущим аффектом позволяет провести более дифференцированный психопатологический и статистический анализ. Определенному типу ведущего аффекта соответствовал характерный профиль связанных с ним симптомов, что подтверждает его диагностическую надежность в данном исследовании.

У пациентов в группе с доминированием тоскливого аффекта выявлен наиболее широкий спектр ассоциированности ведущего аффекта с другими психопатологическими симптомами депрессивного синдрома. Также у них отмечаются как более длительный текущий депрессивный эпизод, так и в целом продолжительность аффективного заболевания. Важно отметить наибольшую отягощенность соматическими заболеваниями пациентов с ведущим тоскливым аффективным компонентом. Полученные результаты позволяют предположить, что существует связь между наличием ведущего тоскливого аффекта в структуре циркулярных депрессий и степенью отягощенности больных соматической патологией.

Для больных с преобладанием тревоги характерны склонность к ажитации, соматизации и повышенной озабоченности состоянием здоровья.

Пациенты с доминированием апатии склонны к идеомоторной заторможенности (преимущественно в идеаторной сфере), абулии и для них характерно отсутствие основных тревожных симптомов, включая повышенную озабоченность состоянием здоровья.

При учете обращаемости к соматологам исследуемых больных по поводу обострения соматического заболевания за период 1,5 года до текущего обследования психиатром получены следующие результаты.

Пациенты с преобладанием в клинической картине на момент обследования депрессивных симптомов, отражающих нарушения преимущественно психической сферы, не были склонны к использованию медицинской помощи у врачей-соматологов. Напротив, сочетание в структуре депрессии симптомов соматического, астенического и адинамического характера на момент обследования (также вне обострения соматического заболевания) отмечено у больных, прежде обращавшихся за период 1,5 года по поводу обострения соматического заболевания по сравнению с не обращавшимися. При этом выраженность собственно аффективных и волевых компонентов депрессивного синдрома у группы, обращавшихся за помощью к врачам-соматологам, не отличалась от больных без аналогичного обращения за исследуемый период. Подобное различие в клинической картине может объясняться патопластическим влиянием перенесенных соматических заболеваний, проявляющееся усложнением психопатологической структуры за счет привнесения астенического компонента.

Наибольшие отличия в группах обращавшихся – не обращавшихся отмечены при тоскливом аффекте. Чаще обращались к врачам-соматологам больные с

депрессивной симптоматикой, включающей астенический компонент и менее выраженным тревожным радикалом, на фоне менее длительного течения аффективного расстройства с меньшим количеством эпизодов обострения депрессии. У не обращающихся за помощью к соматологам тоскливый аффект отрицательно коррелировал с выраженностью и продолжительностью телесных ощущений.

При тревожном аффекте клиническую картину обращающихся за медицинской помощью по поводу обострений соматической патологии отличали ипохондрические и фобические проявления, с менее значимыми снижением самооценки, суицидальными тенденциями и сомато-физиологическими нарушениями. При наличии апатического компо-

нента синдрома для обеих групп (обращавшихся и не обращающихся) не характерны тревожно-фобические симптомы. У обращающихся – отсутствие ипохондрии и большая связь апатии с ангедонией, а в группе без обращений – связь апатии с пониженной двигательной активностью.

Полученные данные свидетельствуют о наличии взаимосвязи доминирующего депрессивного аффекта с клинико-психопатологическими особенностями депрессивных состояний, способствуют направленному поиску и дальнейшей терапевтической коррекции симптомов, определяющих клиническую картину, а также о возможности прогнозирования обращаемости больных к специалистам психиатрического или соматического профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белокрылова М.Ф. Психосоматические расстройства сердечно-сосудистой системы (клинические, социально-психологические и реабилитационные подходы): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Томск, 2000. 42с.
2. Вертоградова О.П. Возможные подходы к типологии депрессий // Депрессия (психопатология, патогенез). М., 1980. С. 9–16.
3. Волошин В.М. Различные типы депрессивной триады и их диагностическое значение // Депрессия (психопатология, патогенез). М., 1980. С. 40–46.
4. Казаковцев Б.А. Развитие служб психического здоровья. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 672 с.
5. Лебедева В.Ф., Семке В.Я. Клиническая эффективность проводимых в территориальной поликлинике реабилитационных программ для больных с психическими расстройствами, коморбидными с соматической патологией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 1. С. 19–22.
6. Незнатов Н.Г., Кочорова Л.В., Вишняков Н.И., Борцов А.В. Организационная эволюция системы психиатрической помощи. СПб., 2006. 472 с.
7. Палеев Н.Р., Краснов В.Н. Взаимосвязь психосоматики и сомато-психиатрии в современной медицине // Клиническая медицина. 2009. № 12. С. 4–7.
8. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2007. 434 с.
9. Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Сыркин А.Л. Депрессии у соматических больных. М, 1997. 108 с.
10. Степанов И.Л. Диагностика и лечение депрессий в общесоматической (поликлинической) практике: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1991. 21 с.
11. Степанов И.Л., Моисейчева О.В. Психопатологические и динамические особенности фазнопротекающих депрессий и их связь с соматическими заболеваниями в анамнезе // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 3. С. 48–55.
12. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Распространенность психических заболеваний в Российской Федерации в 2008 // Российский психиатрический журнал. 2009. № 4. С. 35–41.
13. Шафигуллин М.Р. Нозогенные реакции у больных злокачественными новообразованиями желудка (клиника, психосоматические соотношения, терапия): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008. 157 с.
14. Compton M.T., Nemeroff C.B., Harris R.W. The Evaluation and Treatment of Depression in Primary Care // Clin. Cornerstone. 2001. Vol. 3, N 3. P. 10–22.
15. Crum R.M., Cooper-Patrick L., Ford D.E. Depressive symptoms among general medical patients: prevalence and one-year outcome // Psychosom. Med. 1994. Vol. 56. P. 109–117.
16. Krishnan K.R., DeLong M., Kraemer H. et al. Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly // Biol. Psychiatry. 2002. Vol. 52. P. 559–588.
17. Paykel E.S., Brugha T., Fryers T. Масштабы и бремя депрессивных расстройств в Европе (расширенный реферат обзора) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2006. Т. 8, N 3. С. 40–43.
18. Perimutter J.B., Frishman W.H., Feinstein R.E. Major depression as risk factor for cardiovascular disease: therapeutic implications // Heart Dis. 2000. Vol. 2. P. 75–82.
19. Picardi A., Abeni D., Melchi C. et al. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized // Br. J. Dermatol. 2000. Vol. 143. P. 983–991.
20. Tylee A., Gastpar M., Lepine J.P. et al. DEPRES II (Depression research in European society II): a patient survey of symptoms, disability, and current management of depression in community. DEPS Steering Committee // Int. Clin. Psychopharmacol. 1999. Vol. 14. P. 139–151.
21. Whooley M.A., Simon G.E. Managing depression in medical outpatients // New Engl. J. Med. 2000. Vol. 343. P. 42–50.
22. Wittchen H.-U., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies // Eur. Neuropsychopharmacol. 2005. Vol. 15, N 4. P. 357–376.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ АФФЕКТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ

И.Л. Степанов, О.В. Моисейчева

Объект исследования – больные депрессией, чье состояние соответствовало диагностическим критериям аффективного расстройства МКБ-10 (F3). Обследовано 100 больных (78 жен. и 22 муж.). Основным критерием включения являлось наличие в анамнезе отягощенности соматической сферы заболеваниями разных органов и систем вне обострения соматической болезни на момент обследования психиатром.

Показаны специфичность взаимосвязи доминирующего депрессивного аффекта (тревоги, тоски, апатии) с клинико-психопатологическими характеристиками депрессивных состояний и возможность методологически более точно оценивать прогностическое значение структурных особенностей депрессии у пациентов с отягощенностью соматическими заболеваниями вне обострения.

Исследование показало, что наибольшее количество соматических заболеваний в анамнезе при циркулярном течении депрессии наблю-

дилось у пациентов с преобладанием тоскливого аффекта и наиболее отчетливыми корреляционными связями с симптомами, которые по своему профилю соответствуют типичному депрессивному синдрому с высоким удельным весом астено-вегетативных симптомов.

У больных, обращающихся за медицинской помощью по поводу обострения соматического заболевания в период 1,5 года до обследования психиатром по сравнению с не обращающимися, в структуре депрессии преобладали симптомы соматического, астенического и адинамического характера. Подобное различие в клинической картине может объясняться патофизиологическим влиянием перенесенных соматических заболеваний, проявляющееся усложнением психопатологической структуры за счет привнесения астенического компонента.

Ключевые слова: депрессия, тип депрессивного аффекта, соматическая отягощенность.

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DEPRESSION WITH DIFFERENT TYPES OF AFFECT IN PATIENTS WITH CHRONIC SOMATIC DISORDERS IN QUIET PHASE

I.L. Stepanov, O.V. Moiseycheva

Material: 100 depressive patients (78 female and 22 male) that meet the ICD-10 diagnostic criteria for affective disorder (F3). The key inclusion criterion was presence in history somatic disorders of different organs and systems and quiet phase of somatic condition at the time of psychiatric examination.

The authors show specific relationship between the prevalent depressive affect (anxiety, sadness, apathy) and clinical and psychopathological characteristics of depressive conditions and the possibility of a more precise evaluation of predictive value of depression structure in patients with history of somatic disorders.

The highest prevalence of physical disorders is found in patients

with recurrent depression and sad affect: they showed most prominent correlations with symptoms that represent typical depressive syndrome with high prevalence of asthenic and vegetative symptoms.

Somatic, asthenic and adynamic symptoms were common in the structure of depression of patients that sought medical care because of exacerbation of a physical disease in recent 1,5 years, as compared to those who did not. This difference could be explained by pathoplastic influence of former somatic disorders that had complicated the psychopathological structure by adding an asthenic component.

Key words: depression, type of depressive affect, somatic disorder

Степанов Игорь Львович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела клинко-патогенетических исследований расстройств аффективного спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им.В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: stigl2006@rambler.ru

Моисейчева Ольга Викторовна – младший научный сотрудник отдела клинко-патогенетических исследований расстройств аффективного спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им.В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: moisej-olga@yandex.ru