

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФАЗНОПРОТЕКАЮЩИХ ДЕПРЕССИЙ И ИХ СВЯЗЬ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ

И.Л. Степанов, О.В. Моисейчева

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

В развитии и течении депрессивных расстройств участвуют различные факторы – нейробиологические, психосоциальные, генетические, личностные. Проблема соотношения депрессивных и соматических расстройств, взаимовлияния и взаимодействия соматической и психической сфер сохраняет свою актуальность по настоящее время [1, 5, 8]. Многие пациенты с сочетанными психическими и соматическими расстройствами никогда не обращаются за помощью в учреждения психиатрической сети [6, 11] 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, 14, 17].

Сочетание депрессии и соматического заболевания 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 любых соматических заболеваний, усиливая клинические проявления болезни, замедляя выздоровление посредством прямых патофизиологических воздействий на воспалительные и метаболические факторы, гипоталамо-гипофизарную ось и вегетативную нервную систему, а также снижая мотивацию пациента на выполнение лечебно-реабилитационной мероприятий [4, 7, 18, 21].

Все более широкое признание получает тот факт, что дистресс, бремя симптомов болезни и физиологические изменения, обусловленные хроническими соматическими заболеваниями, усугубляют течение аффективных расстройств. Существует точка зрения, что больные с большой депрессией и биполярным расстройством преждевременно умирают

вследствие соматической патологии: при униполярной депрессии смерть наступает на 5–10, а при биполярном расстройстве – на 10–20 лет раньше, нежели в отсутствие данных психических нарушений [15].

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, 12, 19, 22].

В настоящее время в доступной литературе представлено относительно мало исследований, посвященных изучению соматической патологии у больных психическими заболеваниями, в частности, депрессиями, особенно в их динамическом, структурном и дезадаптирующем аспектах. Своевременное диагностирование, адекватное лечение депрессии способствует улучшению психического и социального состояния больных, снижению связанных с депрессией заболеваемости и смертности и более рациональному использованию ресурсов здравоохранения [13].

**Цель** исследования – оценка соотношения клинико-психопатологических, динамических особенностей и отягощенности соматической сферы хроническими заболеваниями в анамнезе у больных с фазнопротекающими депрессивными состояниями.

### Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе клинического специализированного отделения Московского НИИ психиатрии и общемедицинской городской поликлиники. В исследование было включено 100 больных депрессией в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10: F31 – биполярное аффективное расстройство, эпизод умеренной, легкой или тяжелой депрессии без психотических симптомов (22

больных), F32 – однократный депрессивный эпизод легкой или умеренной тяжести (17 больных), F33 – рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой, умеренной или тяжелой степени (61 больной) в возрасте от 18 до 65 лет, из них 78 женщин, 22 мужчин. Основным критерием включения являлось наличие отягощенности соматической сферы заболеваниями разных органов и систем, но на момент обследования вне обострения соматической болезни. Исключались варианты депрессии психотического уровня, а также сочетание депрессивного расстройства с шизофреническим процессом, органическим поражением ЦНС, различными зависимостями от психоактивных веществ, алкоголизмом. Средний суммарный балл по шкале Гамильтона для оценки депрессии (21 пункт) HDRS – 20,2 балла, в группе мужчин – 17,84, женщин – 20,83. В целом в выборке преобладали пациенты с рекуррентным расстройством. Средний возраст обследованных 42,2 лет, в группе женщин – 43,6, в группе мужчин – 37,3 года. Средний возраст начала аффективного заболевания составил 35,6 лет. Следует отметить высокий уровень образования – высшее образование имели 47% и неоконченное высшее – 14% пациентов, на среднее специальное и среднее общеобразовательное пришлось соответственно 33% и 6%. Состояли в браке – 52%, были не замужем (не женаты) – 48%.

Основными методами исследования были клинко-психопатологический, клинко-анамнестический, статистический. Депрессивное состояние оценивали по шкале депрессии Гамильтона (HDRS-21). Стандартизация клинко-психопатологического исследования проводилась в форме структурированного интервью на основании специально разработанной в группе исследования депрессий отдела расстройств аффективного спектра Московского НИИ психиатрии Минздрава РФ клинко-психопатологической карты обследования, частично модифицированной для целей настоящего исследования, с ранжированием выраженности психопатологических симптомов от 0 (отсутствие симптома) до 3 баллов (максимальная выраженность). На основании данных анамнеза, со слов больных и их родственников, амбулаторных карт и выписок истории болезни собраны 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. 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. В ходе исследования тяжесть течения соматической

патологии, основанная на выявлении обострений соматических заболеваний и обращений за медицинской помощью, у пациентов всей выборки была ранжирована на четыре степени тяжести течения соматического заболевания. Пациентам, у которых за полтора года до настоящего обследования не наблюдалось обострений или возникновения хронического соматического заболевания, тяжесть течения соматической патологии оценивалась – 0 баллов; пациентам с обострениями хронического соматического заболевания, справляющимся с его купированием самостоятельно, или обращающимся за медицинской помощью в единичных случаях и без оформления больничных листов нетрудоспособности – 1; пациентам, у которых обострение заболевания соматической сферы вызвало неоднократное обращение и наблюдение врача-специалиста или обострения наблюдались более чем в одном соматическом заболевании – 2; с ухудшением соматического здоровья, приведшим к госпитализации, оперативному вмешательству, часто обусловленным более чем одним соматическим заболеванием – 3. Нарушения социально-психического функционирования (СПФ) регистрировали и оценивали по 4-балльной ранжировке методом структурированного интервью (0 – затруднений в функционировании нет, 1 – незначительные затруднения, 2 – выраженные затруднения, 3 – деятельность крайне затруднена или невозможна в различных сферах жизнедеятельности: профессиональной (П), бытовой (Б), самообслуживании (СО), межличностных обязанностях (МО), общении (КО), интересах (ИУ), сексуальной (СС) и по суммарному показателю нарушений всех сфер (сумСПФ). Заполнение карты проводили в течение первой недели поступления в клинко-психопатологическое отделение и во время амбулаторного приема в поликлинике. 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

В целом по выборке наибольшая выраженность по средним значениям отмечена у тоскливого и тревожного аффектов, ангедонии и абулии, а также у астенических симптомов и соматической тревоги (табл. 1).

Проводился анализ корреляционной связи суммарного значения нарушения СПФ (сумСПФ) с рядом психопатологических симптомов депрессии. Соотношение психопатологических симптомов с выраженностью снижения суммарного показателя сумСПФ позволяет оценить в целом по выборке наиболее дезадаптирующие симптомы. Наибольшее нарушение социально-психического функциониро-

**Средние значения депрессивных симптомов и их коэффициенты корреляции с суммарным показателем социально-психического функционирования сумСПФ**

Психопатологические симптомы	Среднее значение симптомов	Показатель статистической значимости	Коэффициент корреляции Спирмена
Тоска	2,09	$p < 0,0001$	$r_s = 0,483$
Тревога	1,79	Н.д.	
Апатия	0,67	Н.д.	
Чувство вины	0,78	$p < 0,001$	$r_s = 0,381$
Снижение самооценки	1,0	Н.д.	
Суицидальные намерения	0,39	$p < 0,01$	$r_s = 0,310$
Ангедония	1,89	$p < 0,01$	$r_s = 0,366$
Абулия	1,91	$p < 0,0001$	$r_s = 0,547$
Страх	1,1	Н.д.	
Психическая истощаемость	1,26	Н.д.	
Идеаторная заторможенность	0,81	Н.д.	
Идеаторная расторможенность	0,68	Н.д.	
Моторная заторможенность	0,9	$p < 0,05$	$r_s = 0,238$
Моторная расторможенность	0,37	Н.д.	
Тревожное возбуждение	0,87	Н.д.	
Соматическая тревога	1,57	Н.д.	
Слабость, вялость	1,83	$p < 0,0001$	$r_s = 0,412$
Физическая истощаемость	1,3	$p < 0,01$	$r_s = 0,325$
Чувство утраты энергии, тяжесть в теле	1,13	$p < 0,01$	$r_s = 0,300$
Чрезмерная озабоченность здоровьем	1,17	Н.д.	
Ранние пробуждения	1,22	Н.д.	
Желудочно-кишечные симптомы	0,92	Н.д.	
Потеря в весе	0,82	Н.д.	
Диарея	0,48	Н.д.	
Запоры	0,81	$p < 0,01$	$r_s = 0,274$
Повышение АД	0,88	Н.д.	
Снижение АД	0,54	Н.д.	
Ускорение частоты пульса	0,84	Н.д.	
Замедление частоты пульса	0,28	Н.д.	
Снижение либидо, менструальные нарушения	0,92	$p < 0,05$	$r_s = 0,214$
Суммарный показатель по шкале Гамильтона (СумГам)	20,23	$p < 0,01$	$r_s = 0,331$

Примечания: Н.д. – недостоверно.

вания (в порядке убывания коэффициента корреляции от наибольшего к наименьшему) вызывали абулия, слабость, вялость, тоска, чувство вины, ангедония, антивитаальные мысли, физическая утомляемость, чувство «упадка сил» с тяжестью в теле, двигательная заторможенность, запоры и снижение либидо. В меньшей степени корреляция проявилась с показателем общей оценки депрессии СумГам.

Ряд исследователей считает необходимым дифференцировать депрессивные состояния по типу ведущего (доминирующего) аффекта на тревожный, тоскливый и апатический [2, 3, 16]. Руководствуясь данной типологией аффекта, пациенты всей выборки

на момент начала исследования были поделены на три группы: группа с ведущим тоскливым аффективным компонентом (ТОС), группа с ведущим тревожным аффективным компонентом (ТР), группа с ведущим апатическим аффективным компонентом (АП) (табл. 2). Наиболее часто в выборке ведущим определялся тревожный аффект, в меньшей степени тоскливый и реже всех апатический.

Группу ТОС характеризовали угнетенное тоскливое настроение, достоверно более выраженные по сравнению с группой АП безрадостность, эмоциональная лабильность, пациенты были более старшего возраста, а в сравнении с группой ТР – идеаторная

**Сравнительный анализ выраженности психопатологических симптомов и признаков в группах с различным типом ведущего аффективного компонента (тест Манна-Уитни)**

Психопатологические симптомы	Группа больных депрессией с ведущим тоскливым аффективным компонентом ТОС (медиана) n=27	Группа больных депрессией с ведущим апатическим аффективным компонентом АП (медиана) n=18	Группа больных депрессией с ведущим тревожным аффективным компонентом ТР (медиана) n=55	Достоверность межгрупповых различий
Сум Гам	17,5 (14,5–23)	16,5 (15,5–21)	21 (19–24)	ТР>АП при $p<0,001$ ТР над ТОС при $p<0,01$
Тревога	1 (0–2)	1 (0–2)	2 (1–3)	ТР>АП при $p<0,001$ ТР>ТОС при $p<0,001$
Апатия	0,5 (0–2)	2 (0–2)	0 (0–3)	АП>ТОС при $p<0,001$ АП>ТР при $p<0,001$
Ангедония	2 (1–3)	2 (1–3)	2 (1–3)	ТОС>АП при $p<0,05$
Дисфория	1 (0–2)	0 (0–2)	1 (0–3)	ТР>АП при $p<0,01$
Страх	1 (0–1)	1 (0–1)	1 (0–2)	ТР>АП при $p<0,001$ ТР>ТОС при $p<0,01$
Эмоциональная лабильность	2 (0–3)	1 (0–2)	1 (0–2)	ТОС>АП при $p<0,05$ ТР>АП при $p<0,05$
Идеаторная заторможенность	1 (0–2)	1 (0–2)	0 (0–2)	ТОС>ТР при $p<0,01$ АП>ТР при $p<0,001$
Идеаторная расторможенность	0 (0–1)	0 (0–2)	1 (0–3)	ТР>АП при $p<0,001$ ТР>ТОС при $p<0,001$
Моторная заторможенность	1 (0–3)	1 (0–2)	1 (0–2)	АП>ТР при $p<0,05$
Моторная расторможенность	0 (0–1)	0 (0–1)	0 (0–2)	ТР>АП при $p<0,001$ ТР>ТОС при $p<0,001$
Витализация аффекта	2 (0–2)	1 (0–3)	1 (0–3)	ТОС>ТР при $p<0,05$
Физическая истощаемость	2 (0–3)	1 (1–2)	1 (0–2)	ТОС>ТР при $p<0,01$
Трудности при засыпании	1 (0–2)	1 (1–2)	1 (0–2)	ТР>ТОС при $p<0,05$
Поверхностный сон с пробуждениями	0 (0–2)	0,5 (0–2)	1 (0–2)	ТР>ТОС при $p<0,05$
Диарея	0 (0–2)	0 (0–1)	1 (0–2)	ТР>АП при $p<0,05$
Запоры	1 (0–2)	1 (0–2)	1 (0–2)	ТОС>ТР при $p<0,01$
Чрезмерная озабоченность здоровьем	1 (0–3)	0,5 (0–3)	1 (0–3)	ТР>АП при $p<0,01$
Количество систем, отягощенных соматическими заболеваниями	4 (3–5)	4 (3–5)	3 (2–4)	ТОС>ТР при $p<0,05$

Примечания: в скобках указаны границы верхнего и нижнего квартилей распределения.

заторможенность, с вялостью и замедлением мышления, обеднением речи, «душевная боль» в груди, ощущаемая больными физически, физическая истощаемость, чаще отмечалась задержка стула, наблюдалась большая отягощенность соматической сферы, обусловленная большим количеством систем, отягощенных соматическими заболеваниями. В группе ТР отмечались помимо преобладания над другими группами тревоги, беспокойства, страха, также двигательная расторможенность, речевая активность, с неустойчивостью внимания и сужением круга ассоциаций, достоверно выше по сравнению с группой АП были показатели дисфорических нарушений с раздражительностью, гневливостью, эмоциональной лабильностью, повышенные беспокойство и озабоченность своим здоровьем. Чувство вины, снижение самооценки, суицидальные намерения, абулия, психическая истощаемость, а также симптомы, обращенные к соматической сфере у больных с различным типом аффективного компонента, достоверно не различались. Наибольшая отягощенность соматическими заболеваниями по системам и органам отмечалась в группе с преобладанием тоскливого аффекта.

Корреляционный анализ симптомов депрессии и степени отягощенности соматической сферы, выраженной двумя показателями - общее количество хронических соматических заболеваний (КЗ) и общее количество систем, отягощенных хроническими соматическими заболеваниями (КС) в анамнезе, показал наличие достоверных связей между ними (табл. 3).

У больных с наличием в анамнезе соматических заболеваний по показателям общего количества заболеваний (КЗ) и количества систем органов, отягощенных соматическими заболеваниями (КС) отмечались в основном сходные по выраженности корреляции со

следующими симптомами: тоска, абулия, моторная заторможенность, витализация аффекта, слабость, вялость, физическая истощаемость, запоры. Отличия группы КЗ от КС наблюдались по включенности в нее симптомов изменения АД и чрезмерной озабоченностью здоровьем. Из аффективных симптомов достоверные значения получены в обеих группах для тоскливого аффекта с большей силой связи в группе КЗ, по величине коэффициента корреляции в обеих группах на первом месте стоит наличие запоров.

Помимо общей оценки соматической отягощенности в анамнезе пациентов, специальное внимание уделялось сведениям об обострениях соматических хронических заболеваний и обращениях по этому поводу в медицинские учреждения за период 1,5 года до настоящего обследования. Группа без обращений (27 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. Были выявлены определенные различия в клинической картине депрессии в этих группах (тест Манна-Уитни, приведены достоверные отличия). В частности, в группе пациентов, прибегнувших к врачебной помощи по поводу обострения соматического заболевания (71 чел.), достоверно более выражены 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

Таблица 3

**Соотношение клинко-психопатологических симптомов и степени отягощенности соматической сферы заболеваниями**

Психопатологические симптомы	Показатель статистической значимости и коэффициент корреляции rs Спирмена группа (КЗ)	Показатель статистической значимости и коэффициент корреляции rs Спирмена группа (КС)
Тоска	rs=0,317 (при p<0,01)	rs=0,233 (при p<0,05)
Абулия	rs=0,208 (при p<0,05)	rs=0,300 (при p<0,001)
Моторная заторможенность	rs=0,297 (при p<0,01)	rs=0,235 (при p<0,05)
Витализация аффекта	rs=0,217 (при p<0,05)	rs=0,249 (при p<0,05)
Слабость, вялость	rs=0,284 (при p<0,01)	rs=0,292 (при p<0,01)
Физическая истощаемость	rs=0,347 (при p<0,001)	rs=0,295 (при p<0,01)
Повышение АД	rs=0,210 (при p<0,05)	Н.д
Снижение АД	rs= -0,219 (при p<0,05)	Н.д
Запоры	rs=0,439 (при p<0,001)	rs=0,339 (при p<0,001)
Чрезмерная озабоченность здоровьем	rs=0,209 (при p<0,05)	Н.д

Примечания: Н.д. – недостоверно.

большим количеством соматических заболеваний в анамнезе, более поздним началом аффективного расстройства. В группе пациентов, для которых проявления соматической патологии были неактуальны, отмечено более выраженное чувство вины, снижение самооценки, навязчивые симптомы, тенденция к пониженному давлению ( $p < 0,062$ ). Собственно аффективный (тоска, тревога, апатия, дисфория), волевой компоненты и некоторые другие симптомы депрессивного синдрома (перечень симптомов в табл. 1) по своей выраженности у данных групп не различались.

Использование статистических методов анализа позволило выявить некоторые различия в клинической картине депрессии у пациентов с разным количеством депрессивных эпизодов в анамнезе, в зависимости от тяжести течения соматической патологии (ТяжТеч) ранжированной в соответствии с обострениями соматических заболеваний и получением соответствующей врачебной помощи (табл. 4).

Корреляционный анализ использовался у пациентов с первым депрессивным эпизодом (17 чел.), у пациентов с двумя и более эпизодами депрессии в анамнезе (83 чел.) и по всей выборке (100 чел.) (табл. 4). В группе больных с первым депрессивным эпизодом (17 чел.) отчетливые корреляционные соотношения с тяжестью течения соматических заболеваний установлены с симптомами тревоги и абулии (продуктивным и дефицитарным симптомами депрессии). В группе пациентов с двумя и более депрессивными эпизодами в анамнезе (83 чел.) статистически значимо прослеживалась следующая тенденция: с тяжестью течения соматической патологии коррелировали симптомы, по своему профилю (набору) более соответствующие типичной депрессии (с учетом включенности тоскливого аффекта, симпатикотонией), в частности – с наличием запоров, физической истощаемостью, чрезмерной озабоченностью здоровьем, слабостью, вялостью, тоской, повышением АД. У больных данной группы отмечалось

Таблица 4

**Корреляционные соотношения симптомов депрессивного состояния пациентов с ранжированной по тяжести течения соматической патологией**

Психопатологические симптомы	Выраженность тяжести течения соматической патологии (за 1,5 года до момента обследования) (впервые обратившиеся, с первым депрессивным эпизодом на момент обследования) n=17	Выраженность тяжести течения соматической патологии (за 1,5 года до момента обследования) (с 2-мя и более депрессивными эпизодами на момент обследования) n=83	Выраженность тяжести течения соматической патологии (за 1,5 года до момента обследования) (вся выборка с учетом единственного депрессивного эпизода на момент обследования) n=100
Тоска	Н.д.	rs=0,264 (при $p < 0,05$ )	Н.д.
Тревога	rs=0,567 (при $p < 0,05$ )	Н.д.	Н.д.
Абулия	rs=0,705 (при $p < 0,01$ )	Н.д.	Н.д.
Соматическая тревога	Н.д.	Н.д.	rs=0,348 (при $p < 0,001$ )
Слабость, вялость	Н.д.	rs=0,306 (при $p < 0,01$ )	rs=0,322 (при $p < 0,01$ )
Физическая истощаемость	Н.д.	rs=0,389 (при $p < 0,001$ )	rs=0,224 (при $p < 0,05$ )
Повышение АД	Н.д.	rs=0,256 (при $p < 0,05$ )	rs=0,315 (при $p < 0,01$ )
Снижение АД	Н.д.	Н.д.	rs= - 0,272 (при $p < 0,01$ )
Чувство утраты энергии, тяжесть в теле	Н.д.	Н.д.	rs=0,209 (при $p < 0,05$ )
Запоры	Н.д.	rs=0,525 (при $p < 0,0001$ )	rs=0,449 (при $p < 0,001$ )
Чрезмерная озабоченность здоровьем	Н.д.	rs=0,311 (при $p < 0,01$ )	rs=0,375 (при $p < 0,001$ )
Критичность отношения к болезни	Н.д.	rs= - 0,222 (при $p < 0,051$ )	Н.д.

Примечания: Н.д. – недостоверно.

соответствие по показателю критичности их отношения к депрессивному состоянию с нарастанием тяжести течения соматического заболевания в анамнезе. На основании корреляционного анализа психопатологических симптомов и тяжести течения соматической патологии во всей выборке (100 чел.) следует отметить несколько иной характер клинической картины: по набору достоверных корреляционных соотношений превалировал более сходный с соматоформным расстройством профиль депрессивных симптомов – наличие запоров, чрезмерная озабоченность здоровьем, соматическая тревога (в частности сердцебиения, головные боли, одышка, сухость во рту, диспепсия, повышенное потоотделение), слабость, вялость, повышение АД, физическая истощаемость, чувство утраты энергии, тяжесть в теле. Отрицательно коррелировал показатель снижения АД.

### Заключение

Наиболее выраженные симптомы депрессивного состояния в целом по выборке относятся к собственно аффективным продуктивным (тоска и тревога) и дефицитарным (ангедония и абулия), а также астено-анергическим симптомам, что соответствует основным диагностическим критериям депрессивного расстройства по МКБ-10. Чаще всего в выборке ведущим определялся тревожный аффект, в меньшей степени тоскливый и реже всех апатический. Разделение всей выборки на группы с различным ведущим аффектом позволяет провести более дифференцированный психопатологический и статистический анализы.

Основное влияние на снижение социально-психического функционирования оказывали абулические и анергические нарушения, сопровождающиеся характерными депрессивными симптомами (включая тоскливый аффект). Тревожный аффект достоверных корреляций с нарушением сумСПФ не обнаруживал, а течение депрессивного эпизода с преобладанием тревожного аффекта более благоприятное. В данном случае более информативным оказался статистический анализ по отдельным симптомам депрессии по сравнению с суммарной их оценкой по общему показателю шкалы депрессии HDRS-21.

При большем количестве хронических соматических заболеваний в анамнезе у пациентов в клинической картине превалирует тоскливый аффективный компонент депрессивного синдрома с моторной заторможенностью. Следует отметить, что тревожный спектр депрессивного состояния, с двигательной и идеаторной расторможенностью, имел тенденцию к недостоверным отрицательным корреляционным связям в обеих группах (КЗ и КС). Показатель количества соматических заболеваний (КЗ) у больных депрессией более четко отражает связь с особенностями депрессивного состояния, чем показатель количества соматически отягощенных систем органов (КС) (т.к. в какой-либо из систем органов может диагностироваться несколько заболеваний).

Применение различных статистических аналитических подходов показывает, что наибольшая отягощенность соматическими заболеваниями отмечалась у пациентов с преобладанием тоскливого аффекта, так же как и тяжесть течения соматической патологии при циркулярном течении депрессии. С тяжестью течения соматической патологии наиболее отчетливо коррелировали симптомы, которые по своему набору (профилю) соответствовали типичному депрессивному синдрому. Учитывая данные анализа по тесту Манн-Уитни и проведенному корреляционному анализу, можно предположить, что существует соответствие между наличием ведущего тоскливого аффекта в структуре циркулярных депрессий и отягощенностью соматической патологией в анамнезе больных.

Проведенный корреляционный анализ с дифференцированным выделением групп с единственным и повторяющимися депрессивными эпизодами позволяет методологически более точно оценивать прогностические значения структурных особенностей депрессивного состояния и тяжести течения соматических заболеваний в анамнезе по сравнению со «сплошным» анализом всей выборки. У больных с первым депрессивным эпизодом тяжесть течения соматической патологии коррелировала с тревожным аффектом и абулическими нарушениями, а у пациентов с двумя и более депрессивными эпизодами коррелировали симптомы, по своему более развернутому профилю соответствующие типичной депрессии (с учетом наличия корреляции тоскливого аффекта, симпатикотонии, анергии).

Критические способности в отношении депрессивного состояния более адекватны у больных с повторными депрессивными эпизодами и большей тяжестью течения соматического заболевания в анамнезе. По-видимому, в данном случае положительную роль играет более частое оказание медицинской помощи больному.

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. Преобладание в структуре депрессии симптомов соматического, астенического и адинамического характера на момент обследования (также вне обострения соматического заболевания) отмечено у больных, обратившихся за период 1,5 года по поводу обострения соматического заболевания. При этом выраженность собственно аффективных и волевых компонентов депрессивного синдрома у группы обратившихся за помощью к врачам-соматологам не отличалась от больных без аналогичного обращения за исследуемый период. Подобное различие в клинической картине может объясняться патопластическим влиянием перенесенного соматического заболевания, проявляющегося усложнением психопатологической структуры за счет привнесения астенического компонента.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белокрылова М.Ф. Психосоматические расстройства сердечно-сосудистой системы (клинические, социально-психологические и реабилитационные подходы): Автореф. ... докт. мед. наук. Томск, 2000. 42 с.
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. Незнанов 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 соматопсихиатрии 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. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Распространенность психических заболеваний в Российской Федерации в 2008 // Российский психиатрический журнал. 2009. № 4. С. 35–41.
12. Шафигуллин М.Р. Нозогенные реакции у больных злокачественными новообразованиями желудка (клиника, психосоматические соотношения, терапия): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008. 157 с.
13. Compton M.T., Nemeroff C.B., Harris R.W. The Evaluation and Treatment of Depression in Primary Care // Clinical Cornerstone. 2001. Vol. 3, N 3. P. 10–22.
14. 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.
15. Katon W. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illnesses // Dialogues Clin. Neurosci. 2011. Vol. 13. P. 7–23.
16. Kielholz P. La depression reactionnelle conception theorique et empirisme Clinique // Confront. Psychiatr. 1974. N 12. P. 111–127.
17. 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.
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.

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФАЗНОПРОТЕКАЮЩИХ ДЕПРЕССИЙ И ИХ СВЯЗЬ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ

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 отягощенности соматической сферы заболеваниями разных органов и систем вне обострения соматической болезни на момент обследования.

Исследование показало, что более тяжелое течение соматической патологии и наибольшее количество соматических заболеваний в анамнезе при циркулярном течении депрессии наблюдались у пациентов с преобладанием тоскливого аффекта и наиболее отчетливыми корре-

ляционными связями с симптомами, которые по своему набору (профиллю) соответствуют типичному депрессивному синдрому с высоким удельным весом астено-вегетативных симптомов.

Показано также, что применение дифференцированного подхода к анализу клинических, аффективных и динамических характеристик больных депрессией позволяет методологически более точно оценивать прогностическое значение и соотношение структурных особенностей депрессивного состояния и тяжести течения соматических заболеваний в анамнезе.

**Ключевые слова:** структура депрессии, соматические заболевания, социальное функционирование.

## PSYCHOPATHOLOGICAL AND FOLLOW-UP CHARACTERISTICS OF CYCLICAL DEPRESSIONS AND THEIR LINKS WITH PHYSICAL DISEASES IN PATIENTS' HISTORY

I.L. Stepanov, O.V. Moiseycheva

The material for this investigation were depressed patients who met the ICD-10 criteria for affective disorder – altogether 100 patients (78 female and 22 male). The key inclusion criteria was presence of physical disorders involving various organs or systems of the body, though in remission at the moment of investigation.

The investigation shows more severe course of physical disorders and the biggest number of somatic problems in history in patients with cyclical depression with dominating sad affect and obvious correlation links with

the symptoms that resemble the profile of a typical depressive syndrome with high prevalence of asthenic-vegetative symptoms.

The authors also demonstrate the advantages of a differential approach towards analysis of clinical, affective and follow-up characteristics of depressive patients. This approach leads to a higher and more precise predictive value, as well as better evaluation of structural characteristics of depressive condition and the severity of physical disorders in patients' histories.

**Key words:** structure of depression, physical disorders, social functioning.

**Степанов Игорь Львович** – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела клинико-патогенетических исследований расстройств аффективного спектра МНИИП – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: stig12006@rambler.ru

**Моисейчева Ольга Викторовна** – младший научный сотрудник отдела клинико-патогенетических исследований расстройств аффективного спектра МНИИП – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: moisej-olga@yandex.ru