

УДК 616.89-008.454:616.895

Титухин Н.В.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ АУТОСТИГМАТИЗАЦИИ

Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ ДНР, Донецк, ДНР

Депрессия является вторым по распространенности фактором, приводящим к нетрудоспособности или утрате здоровья. Число больных с депрессивными расстройствами в мире достигает 350 млн. человек из всех возрастных групп, в Европе - 40 млн. человек. В 2015 году в Российской Федерации депрессия была диагностирована у 5,5% населения, или почти у восьми миллионов человек, доля мирового населения, страдающего от депрессии, оценивалась в 4,4% [1].

Несмотря на пристальный интерес исследователей к изучению симптоматологии, клинических проявлений и феноменологической характеристики пациентов с депрессией, дискуссии в области систематики депрессивных состояний сохраняются, учитывая патоморфоз психических расстройств с появлением большого числа атипичных, скрытых, стертых клинических форм [2-5]. Одним из факторов, привносящих специфические изменения или усугубляя имеющиеся симптомы депрессии, является стигматизация и самостигматизация пациентов с депрессией. Однако остается открытым вопрос о влиянии стигмы и самостигматизации [6] больных с аффективной патологией на феноменологическую структуру депрессивных расстройств, что обусловило актуальность настоящего исследования.

Цель исследования – определение феноменологической структуры депрессии у страдающих аффективными расстройствами пациентов с различным уровнем самостигматизации.

Материал и методы исследования

Было обследовано 116 больных с аффективными расстройствами (депрессивный эпизод легкой (F32.0) и умеренный (F32.1) - 25 чел. (21,6%), рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени (F33.0) и текущий эпизод умеренной

тяжести (F33.1) - 34 чел. (29,3%), биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (F31.3) - 57 чел. (49,1%)), которые находились на этапе становления медикаментозной ремиссии непосредственно после купирования более выраженной депрессивной симптоматики.

Критерии включения больных в исследование:

- возраст 18 – 65 лет;
 - диагноз аффективного расстройства (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство с текущим депрессивным эпизодом), установленный в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (10й пересмотр);
 - умеренная и легкая выраженность депрессивных симптомов на момент обследования (HAMD \leq 18 баллов);
 - наличие ответа на психофармакотерапию с использованием не более 2-х препаратов, предусмотренных стандартами МЗ ДНР, в течение первых 3-х недель лечения;
 - длительность заболевания не более 5ти лет;
 - кратность госпитализаций в психиатрический стационар – не более 3х;
 - информированное согласие пациента на участие в исследовании.
- Критерии исключения:
- больные в возрасте младше 18 и старше 65 лет;
 - наличие других диагнозов психического расстройства в соответствии с МКБ-10;
 - тяжелый депрессивный эпизод на момент обследования (HAMD $>$ 18 баллов);
 - наличие органической мозговой дисфункции и декомпенсации хронического соматического заболевания;
 - полипрагмазия, медикаментозная резистентность или отсутствие ответа на стан-

Распределение больных с различной степенью выраженности депрессии по уровням самостигматизации

Степень выраженности депрессии	Уровень самостигматизации		
	Группа I	Группа II	Группа III
Легкая	18 (46,2%)*	10 (25,6%)	11 (28,2%)
Умеренная	6 (7,8%)	40 (51,9%)*	31 (40,3%)*

дартную психофармакотерапию в течение 3-х недель.

Распределение больных по полу: мужчины - 38 чел. (32,8±2,2%), женщины - 78 чел. (67,2±1,7%). Средний возраст больных составил 41,4±0,7 года.

В соответствии с уровнем самостигматизации обследованные больные были распределены на три группы: группа I – с низким уровнем самостигмы (24 чел. – 20,7%), группа II – со средним уровнем ауто стигматизации (50 чел. – 43,1%) и группа III – с высоким уровнем (42 чел. – 36,2%).

В исследовании использовались методы: клинико-психопатологический, психодиагностический, метод математической обработки результатов.

Клинико-психопатологический метод основывался на общепринятых подходах к психиатрическому обследованию больных и включал традиционный опрос, анализ психического статуса пациента, а также изучение динамики психопатологических проявлений в процессе наблюдения. Исследование феноменологии депрессий проводилось путем углубленной клиент-центрированной беседы, иногда с использованием письменной продукции больных.

Психодиагностический метод предусматривал для стандартизированной количественной оценки депрессии использование Шкалы Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression – HAM-D) [7], для оценки уровня ауто стигматизации - Шкалы оценки уровня самостигматизации (В.А. Абрамов и соавт., 2011) [8].

Метод математической обработки результатов предусматривал статистическую обработку с использованием лицензионного пакета «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

Результаты исследования

Распределение пациентов в соответствии с оценкой степени тяжести депрессивной симптоматики по шкале HAM-D было следующим:

легкая степень – 39 чел. (33,6%), средняя степень тяжести – 77 чел. (66,4%) (табл. 1).

Анализ распределения больных с различной степенью выраженности депрессии по уровням самостигматизации выявил статистически значимое ($p < 0,05$) преобладание больных с легкой депрессией среди пациентов с низким уровнем самостигматизации (18 чел. – 46,2%), пациентов с умеренной депрессией - со средним (40 чел. – 51,9%) и высоким (31 чел. – 40,3%) уровнями самостигмы.

Анализ феноменологической структуры депрессии в соответствии с показателями шкалы HAM-D (М. Hamilton, 1960) у больных с различным уровнем ауто стигмы представлен в таблице 2.

Больные, вне зависимости от уровня самостигмы, обнаруживали в подавляющем большинстве случаев спонтанные жалобы на сниженное настроение. Однако если в группе пациентов с легкой степенью самостигматизации лишь у 6 чел (25,0%) сниженный фон настроения определялся не только на вербальном уровне, но по мимике страдания, согбенной позе, тоскливым модуляциям голоса, слезливостью, то при среднем и высоком уровне самостигматизации количество таких больных составляло подавляющее большинство (35 чел. (70,0%) и 28 чел. (66,7%) соответственно).

Чувство вины статистически значимо ($p = 0,013$) более выраженным было у больных с высоким уровнем самостигматизации, 36 чел. (85,7%) были фиксированы на размышлениях о прошлом с высказываниями о собственных ошибках и грехах, со сверхценными идеями собственной виновности. В группах пациентов с легкой и умеренной самостигмой чувство вины проявлялось более или менее стойкими высказываниями самоуничижительного характера при описании взаимоотношений с другими людьми (18 чел. (75,0%) и 39 чел (78,0%) соответственно).

Суицидальные намерения во всех группах обследованных больных или отсутствовали.

Феноменологическая структура депрессии у больных с различным уровнем самостигматизации

Параметры шкалы Гамильтон	Уровень самостигматизации			p
	Группа I (Me±m)	Группа II (Me±m)	Группа III (Me±m)	
Настроение	1,5±0,2	1,5±0,1	1,5±0,3	0,231
Чувство вины	1,0±0,3	1,0±0,1	1,5±0,3*	0,013
Суицидальные тенденции	1,0±0,2	1,0±0,1	1,0±0,3	0,378
Трудности при засыпании	1,0±0,2	1,0±0,1	1,0±0,0	0,431
Бессонница	0,5±0,3	0,0±0,0*	0,5±0,1	0,011
Раннее пробуждение	0,5±0,2	0,5±0,1	0,5±0,0	0,414
Работа и деятельность	1,0±0,2	1,0±0,1	1,0±0,0	0,117
Заторможенность	1,0±0,2	1,0±0,1	1,0±0,3	0,336
Возбуждение	0,0±0,2	0,0±0,1	1,0±0,3*	0,042
Тревога психическая	0,5±0,2	0,5±0,1	0,5±0,3	0,213
Тревога соматическая	1,0±0,2	1,0±0,1	0,5±0,3*	0,001
Желудочно-кишечные симптомы	0,5±0,2	0,5±0,1	0,5±0,3	0,344
Общесоматические симптомы	1,0±0,0	1,0±0,0	1,0±0,0	0,402
Расстройства сексуальной сферы	0,5±0,2	0,5±0,1	0,5±0,3	0,254
Ипохондрические расстройства	1,5±0,3	1,0±0,1*	1,5±0,5	0,044
Потеря веса	1,0±0,4	1,0±0,2	1,0±0,6	0,421
Отношение к заболеванию	0,5±0,3*	1,0±0,1	1,0±0,0	0,029
Суточные колебания настроения	1,0±0,3	1,0±0,1	1,0±0,3	0,875
Деперсонализация, дереализация	0,5±0,2	0,5±0,1	0,5±0,3	0,097
Бредовые расстройства	0,0±0,2	0,0±0,1	0,0±0,3	0,314
Обсессивные и компульсивные симптомы	1,0±0,2	1,0±0,1	1,0±0,0	0,268
Всего	16,0±1,1	16,5±0,5	17,5±0,9	0,501

Примечание: различия между группами являются статистически значимыми на уровне значимости p.

ли, или периодически возникали на уровне чувства нежелания жить (1,0±0,2, 1,0±0,1, 1,0±0,3). Это могло быть связано с тем, что обследовались пациенты, уже прошедшие курс активной медикаментозной терапии, поскольку во многих случаях на вопрос о суицидальных мыслях они отвечали «сейчас нет, но раньше были», причем все такие больные критически оценивали свои суицидальные намерения в прошлом.

Нарушений сна у обследованных пациентов на фоне медикаментозной терапии или не

отмечалось (в группе II, различия с другими группами статистически значимо, p=0,011), или, что было характерно для пациентов с низким и высоким уровнем самостигматизации, в рамках средней инсомнии проявлялись жалобами на беспокойный сон в течение ночи (38 чел. (32,8%)), иногда (5 чел. – 4,3%) - с подъемами из постели из-за пробуждения, чаще всего связанного с тревожными сновидениями.

Работоспособность и активность оценивались больными в основном характеризо-

вались чувством усталости или слабости с мыслями о собственной несостоятельности (в группе I – 15 чел. (62,5%), в группе II – 25 чел. (50,0%), в группе III – 19 чел. (45,2%)). В группе больных со средним и высоким уровнем самостигмы отмечались жалобы на утрату интереса к деятельности (5 чел. – 5,4%), трудности в инициации привычной деятельности (7 чел. – 7,6%) или, чаще, нерешительность (8 чел. – 8,7%), которые пациенты связывали с ощущением себя не такими как все из-за депрессии или пребывания в психиатрическом стационаре, что, по нашему мнению, ассоциировано в большей степени с процессом самостигматизации.

Больные всех трех групп характеризовались примерно одинаковым уровнем заторможенности – от заметного в процессе беседы замедления рече-двигательной активности до нормального темпа речи и мышления (средние показатели по группам - $1,0 \pm 0,2$, $1,0 \pm 0,1$, $1,0 \pm 0,3$, различия статистически незначимы ($p > 0,05$)).

Несмотря на в среднем легкую степень выраженности психической тревоги у обследованных больных, которая чаще проявлялась субъективным тревожным напряжением (65 чел. – 56,0%) и, реже, беспокойством по незначительным поводам (11 чел. – 9,5%), у больных с высоким уровнем самостигмы статистически значимо ($p = 0,042$) в сравнении с первыми двумя группами чаще отмечались проявления ажитации в виде общего беспокойства, суетливых движений руками или неусидчивости ($1,0 \pm 0,3$). При этом уровень соматической тревоги в данной группе пациентов был статистически значимо ($p = 0,001$) ниже, чем у больных групп I и II. Соматическая тревога слабой и средней степени отмечалась у 15 больных (62,5%) с низкой самостигмой, у 32 (64,0%) – со средней и у 27 (64,3%) с высоким уровнем самостигматизации. Примерно с одинаковой частотой имели место симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта (метеоризм, спастические боли в кишечнике, запоры или диарея) – 22 чел. (19,0%), сердечно-сосудистые жалобы на учащенное сердцебиение или «перебои» в работе сердца – 26 чел. (22,4%), учащенное мочеиспускание – 18 чел. (15,5%), другие вегетативные симптомы (головная боль, потливость, ощущение нехватки воздуха) – 23 чел. (19,8%), причем у ряда пациентов (15 чел. – 12,9%) наблюдались сочетанные физиологические проявления тре-

воги (например, тахикардия, головная боль, метеоризм).

Соматические симптомы депрессии в виде снижения или утраты аппетита наблюдались у 48 больных (41,4%), 12 пациентов (10,3%) нуждались в назначении слабительных или ферментов для купирования гастроинтестинальных симптомов, то есть желудочно-кишечные соматические симптомы соответствовали с средним легкой степени их проявления и встречались примерно одинаково часто вне зависимости от уровня самостигматизации.

Общие соматические симптомы депрессии у больных всех трех групп наиболее часто проявлялись жалобами на упадок сил, снижение уровня энергии (58 чел. – 50,0%), а также разнообразными более или менее резко выраженными неприятными ощущениями и болями различной локализации (в голове, в спине, в мышцах) – 19 чел. (16,4%).

Генитальные симптомы депрессии встречались относительно редко (23 пациента – 19,8%) и могли быть отнесены к слабо выраженным (утрата либидо) (8 чел. – 6,9%) или к выраженным более сильно (менструальные нарушения, импотенция – 20 чел. (17,2%), причем в основном больные связывали данное проявление с побочным действием антидепрессантов.

Фиксация на собственном телесном состоянии статистически значимо менее выраженной была у пациентов со средним уровнем самостигматизации ($1,0 \pm 0,1$, $p = 0,044$). Больные группы I чаще жаловались на здоровье и обращались к врачу с просьбами о помощи (19 чел. – 79,1%), при высоком уровне самостигматизации чаще (18 больных – 42,9%) обнаруживалась озабоченность здоровьем, выражаемая спонтанно или при активном расспросе и многими пациентами увязывалась с социальными последствиями (например, больной с соматической тревогой в виде сердцебиений и гипервентиляции упорно заявлял, «депрессия – депрессией, но мне нужно будет потом обратиться к кардиологу, чтобы никто не знал, что я лечился в психиатрической больнице»).

Большинство обследованных больных или не отмечали снижения массы тела за время заболевания (32 чел. – 27,6%), или фиксировали незначительную потерю в весе (56 чел. – 48,3%). У 28 пациентов (24,1%) снижение массы тела было явным, примерно на 5% в течение последнего месяца. Различия между

группами пациентов с различным уровнем самостигмы по показателю снижения веса были статистически незначимыми ($p=0,421$).

Осознание болезни было статистически значимо ($p=0,029$) более полным у пациентов группы I ($0,5\pm 0,3$), однако у части этих пациентов (16 чел. – 66,7%) критическое оценивание болезненности состояния было формальным и связывалось с разнообразными внешними факторами, что могло рассматриваться как результат стигматизирующих воздействий. Количество таких пациентов возрастало по мере нарастания выраженности самостигматизации (в группе больных со средним уровнем самостигмы – 38 чел. (76,0%), с высоким – 32 чел. (76,1%)).

Общая выраженность депрессии у пациентов с низким уровнем самостигматизации соответствовала легкой степени депрессивного состояния ($16,0\pm 1,1$), со средним и высоким уровнем самостигмы – умеренной ($16,5\pm 0,5$ и $17,5\pm 0,9$ соответственно), различия между группами статистически незначимы ($p>0,05$).

При оценке не отражающих степень выраженности депрессивной симптоматики суточных колебаний настроения, явлений деперсонализации и дереализации, параноидных и обсессивно-компульсивных симптомов статистически значимого различия между группами пациентов с различным уровнем самостигматизации выявлено не было ($p>0,05$). При этом во всех группах примерно с одинаковой частотой пациенты отмечали ухудшение состояния в утренние часы (18 больных (75,0%) в группе I, 32 (64,0%) пациента в группе II и 33 (78,6%) – в группе III), некоторое нарушение восприятия реальности окружающего мира и собственного «Я» («все тусклое», «нет яркости», «как бы не замечаю происходящего, оно вдалеке и безразлично») ($0,5\pm 0,2$ в группе больных с низкой самостигмой, $0,5\pm 0,1$ – со средней и $0,5\pm 0,3$ с высокой), а также нерезко выраженные, но тягостные для пациентов, навязчивые размышления и воспоминания. Однако если в группе I навязчивые руминации касались исключительно анализа прошлых жизненных событий (11 чел. – 45,8%) с самообвинением и самоуничижением, то у пациентов II и III групп (14 чел. (28,0%) и 12 чел. (28,6%) соответственно) навязчивые размышления приобретали самостигматизирующий характер («мое психическое расстройство не позволит мне жить полноценной жизнью», «депрессия

может повториться, поэтому мне придется бросить работу», «у меня есть психическое расстройство, и в отделе кадров меня уволят», «я ничего не смогу изменить в моей жизни из-за болезни», «окружающие не смогут мне доверять из-за моей болезни»). Параноидных симптомов в группах обследованных больных выявлено не было.

Исследование психопатологической картины депрессивных расстройств у обследованных больных позволило выделить феноменологически достаточно определенные простые и сложные депрессии с различной характеристикой аффективного компонента. Относительная структурная простота и незначительный полиморфизм собственно гипотимических нарушений и расстройств анергического полюса позволили отнести к группе простых депрессий меланхолические, тревожные и апатические. Сложные депрессии отличались сочетанным характером аффективной симптоматики с соматовегетативными, ипохондрическими, истерическими, обсессивными проявлениями и были обозначены нами как депрессии астенические, ипохондрические, истерические, и депрессии в навязчивостях.

В таблице 3 представлено распределение больных с различным уровнем самостигматизации в зависимости от феноменологической характеристики депрессивного расстройства.

Во всех группах обследованных больных преобладали клинические признаки простой депрессии, наиболее частым проявлением была тревожная депрессия у пациентов с высоким и средним уровнем самостигматизации. Наименее характерной была апатическая депрессия, несколько чаще имевшая место у больных со средним уровнем самостигмы. Астеническая депрессия была наиболее часто встречающейся в структуре сложной депрессии и имела примерно одинаковое распределение во всех трех группах пациентов (16,6%, 16,0% и 14,3% соответственно). Несколько реже наблюдались депрессия с навязчивостями (12,5%, 8,0% и 11,9%) и ипохондрическая депрессия (12,5%, 6,0%, 4,7%). Наиболее редкой формой сложной депрессии у всех обследованных больных была истерическая (в каждой выделенной по уровню самостигмы группе определялась лишь у одного пациента).

В группе больных с низким уровнем самостигматизации преобладали пациенты с

Распределение пациентов с различным уровнем самостигмы в зависимости от феноменологической характеристики депрессивного состояния

Типология депрессии	Уровень самостигмы		
	Группа I	Группа II	Группа III
Простая депрессия			
Меланхолическая	6 (25,0%)	12 (24,0%)	11 (26,2%)
Тревожная	6 (25,0%)	19 (38,0%)	16 (38,1%)
Апатическая	1 (4,2%)	3 (6,0%)	1 (2,4%)
Сложная депрессия			
Астеническая	4 (16,6%)	8 (16,0%)	6 (14,3%)
Ипохондрическая	3 (12,5%)	3 (6,0%)	2 (4,7%)
Истерическая	1 (4,2%)	1 (2,0%)	1 (2,4%)
С навязчивостями	3 (12,5%)	4 (8,0%)	5 (11,9%)

меланхолической (6 чел. - 25,0%) и тревожной (6 чел. - 25,0%) депрессией, крайне редко были квалифицированы апатическая (1 чел. - 4,2%) и истерическая (1 чел. - 4,2%) виды депрессии.

В группе пациентов со средним уровнем самостигмы чаще всего встречались больные с тревожной (19 чел. - 38,0%) и меланхолической (12 чел. - 24,0%) депрессией. У 8 пациентов (16,0%) была определена астеническая депрессия. К редко встречающимся были отнесены депрессия с навязчивостями (4 чел. - 8,0%), апатическая (3 чел. - 6,0%) и ипохондрическая (3 чел. - 6,0%) депрессия, и лишь у одного пациента (2,0%) была диагностирована истерическая депрессия.

Как и в предыдущих группах, у больных с высоким уровнем самостигматизации преобладала тревожная депрессия (16 чел. - 38,1%), у 11 пациентов (26,2%) депрессия носила меланхолический характер, у 6 (14,3%) – астенический, у 5 (11,9%) имела место депрессия с навязчивостями. Ипохондрическая, апатическая и истерическая депрессии отмечались лишь у нескольких больных (2 чел. (4,7%); 1 чел. (2,4%) и 1 чел. (2,4%) соответственно).

При меланхолической депрессии больные жаловались на грустное, подавленное, унылое, тоскливое настроение, трудности в сосредоточении, тяжесть на душе с ощущением напряжения, стеснения за грудиной (витальная тоска); отмечалась рефлексия с рассуждательством, пониженной самооценкой и различные сомато-вегетативные симптомы (снижение веса, склонность к запорам, сухость волос и кожи). Нередко больные испытывали трудности в

описании своего состояния, использовали слова «нехорошо» или «скучно». В некоторых случаях, описывая тоскливый аффект, пациенты подчеркивали чувство безысходности, «щемящей тоски», общее душевное и телесное «подавленное состояние». Внешний вид характеризовался малоподвижностью и замедленностью движений, пассивностью, грустным выражением лица. Речь была замедленной, ответы односложными, мышление – с однообразием и скудностью ассоциаций. Аффект тоски, первичное чувство вины, ощущение безысходности нередко способствовало формированию мыслей о нежелании жить без четко оформленных суицидальных намерений.

Жалобами при тревожной депрессии были подавленное настроение, невозможность расслабиться, беспокойство, чувство внутреннего напряжения, неуверенность в себе и постоянными сомнениями. В некоторых случаях больные отмечали, что «все существо охвачено мучительной тревогой», «душа растворяется в тревоге», что нами расценивалось как витализация тревожного аффекта. Внешний вид пациентов характеризовался испуганным взглядом, однообразным тревожно-загнанным выражением, напряжением мышц лица (наморщенный лоб, нахмуренные брови), снижением веса, бедностью и сухостью кожи. В поведении тревожность чаще сочеталась с некоторой моторной заторможенностью, поза «подавшись вперед» сидящего больного, но при этом с переминанием ног, перебиранием пальцами или мелкими предметами, сжиманием и разжиманием кистей, глубокими

вздохами, реже – с неусидчивостью. Примерно у половины больных тревога сопровождалась или проявлялась рядом функциональных расстройств гастро-интестинальной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной систем или другими общими соматическими симптомами (головная боль, мигрирующие мышечные боли, боли в позвоночнике и суставах) при отсутствии сомато-неврологической патологии.

Апатическая депрессия проявлялась жалобами на пониженное настроение, утратой интереса и безразличием к происходящим вокруг событиям, отсутствием желаний и стремления к какой-либо деятельности («все делаю через силу, потому то надо», «с простыми делами еще справляюсь, а что-то посложнее кажется непреодолимым»), утрату удовольствия от событий, которые ранее занимали больного («не понимаю, как мне раньше это нравилось», «все мои прошлые увлечения – зыбь, пустота»). Внешний вид и поведение пациентов характеризовались малоподвижностью, равнодушием, безразличным или отстраненным выражением лица, вялостью замедленных движений, недостаточной опрятностью. При апато-меланхолическом варианте настроение больных было подавленным, мрачным, тоскливым вплоть до витализации с тягостными ощущениями внутри грудной клетки. Отмечались безинициативность вследствие отсутствия внутреннего побуждения к деятельности, снижение интенсивности и чувственной окраски переживаний. Пациенты при активном расспросе отмечали снижение «жизненной и умственной энергии» и безразличия к окружающему. Апато-адинамический вариант сочетал в себе признаки ангедонии с вялостью, мышечной слабостью, отсутствием «сил и энергии», что сопровождалось психо-моторной заторможенностью, неухоженностью в одежде, безразличием к пище, самоизоляции.

Сложные депрессии отличались полиморфизмом психопатологической симптоматики, связанным с появлением клинических феноменов, стоящих вне структуры облигатных аффективных симптомов.

Астеническая депрессия, помимо подавленного настроения и психомоторной заторможенности, характеризовалась витальной астенизацией, переживаемой пациентами как постоянное ощущение слабости, бессилия, «энергетического истощения». Актуальными

для больных были субъективно переживаемые снижение памяти и работоспособности, феноменологически связанные с истощаемостью внимания. В речи пациентов это проявлялось забывчивостью, «потерей» излагаемой мысли, потерей нити разговора, поверхностными суждениями. Аффективная истощаемость проявлялась эмоциональной лабильностью, слезливостью, нерезко выраженной раздражительностью («у меня уже просто нет сил находиться в этом состоянии»). Более резко, чем у других больных, были выражены общие соматические симптомы в виде головных болей, разнообразных неприятных ощущений в мышцах и костях, ломоты в суставах. Также более выраженными были инсомнические расстройства в виде трудностей засыпания, поверхностного сна с частыми пробуждениями и тревожными сновидениями, отсутствием чувства отдыха после ночного сна и дневной сонливостью.

Больные с ипохондрической депрессией наряду с жалобами на сниженное настроение, тревогу, тоску, снижение работоспособности, активно высказывали опасения по поводу состояния своего физического здоровья и наличия нераспознанного физического недуга. Доминирующими жалобами таких пациентов были, наряду с подавленностью или тревогой, неприятные ощущения в различных частях тела («жжение», «распирание», «давление», «перекручивание», «покалывание»). Психопатологически являясь сенестопатиями, нами они рассматривались как соматодеперсонализационные расстройства (А.В. Снежневский, 1987). Наблюдавшиеся у обследованных больных сенестопатии чаще имели неврологический (цефалгии, головокружения, неустойчивость при ходьбе), сердечно-сосудистый (боли в сердце, перебои, тахикардия) и гастроэнтерологический (тошнота, расстройства стула, боли и другие неприятные ощущения) характер. В отделенное поведение этих пациентов отличалось настойчивыми требованиями консультаций узких специалистов, придирчивым отношением к медперсоналу при контроле пульса, артериального давления, физиологических отправлений. При этом наряду с ипохондрической фиксацией удерживались и тревожный или тоскливый аффект, и первичное чувство вины, и бессонница, и нарушение аппетита, и гиподинамия, и снижение работоспособности.

Больных с истерической депрессией отличали не столько витальность аффекта, сколько театральность и демонстративность в поведении. При наличии жалоб на подавленное настроение, плаксивость, раздражительность, отмечались конверсионные симптомы в виде ощущения «кома в горле», шаткости при ходьбе, стягивающих («в виде обруча») головных болей, нарушений чувствительности («руки немеют», «ноги отнимаются»). Заниженная самооценка при изложении носила нарочито преувеличенный характер. Суицидальные высказывания звучали в виде угрозы обидчикам («муж меня доведет, и я что-нибудь с собой сделаю»).

Депрессии с навязчивостями характеризовались разнообразными obsессиями (ипохондрические фобии в виде страха «перерастания депрессии в шизофрению» – 3 чел., страха смерти – 2 чел.; навязчивые представления о социальных последствиях депрессии – 5 чел.; навязчивые сомнения (мучительная неуверенность в приеме лекарств – 1 чел., неуверенность в правильности поставленного диагноза – 1 чел.) в сочетании с тоскливым или тревожным аффектом. Тоскливый аффект сопровождался рече-двигательной

заторможенностью и другими феноменами меланхолической депрессии, тревожность протекала с неусидчивостью, назойливостью, раздражительностью и сомато-вегетативными симптомами).

Выводы. Состояние больных с умеренным уровнем самостигмы характеризовалось наибольшим количеством симптомов умеренной депрессии.

Неравномерность распределения депрессивных симптомов в группах пациентов с разным уровнем самостигматизации может свидетельствовать об относительно независимых механизмах формирования ауто-стигмы.

Представленная в результате обследования пациентов с аффективными расстройствами типология простых и сложных депрессий является в значительной мере относительной. Клинические проявления мономорфных депрессий нередко включают полиморфные и изменчивые феномены, которые трудно отнести к определенному типу аффективного синдрома, а необлигатные проявления сложных депрессий в менее выраженной, стертой форме могут наблюдаться у пациентов с простыми депрессиями.

Титухин Н.В.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ АУТОСТИГМАТИЗАЦИИ

Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ ДНР, Донецк, ДНР

Возрастание частоты депрессивных расстройств, видоизменение их психопатологической структуры за счет патоморфоза, формирования атипичных и стертых клинических проявлений требуют углубленного изучения влияния самостигматизационных процессов на феноменологию депрессивных состояний.

Цель исследования – определение феноменологической структуры депрессии у страдающих аффективными расстройствами пациентов с различным уровнем самостигматизации.

Было обследовано 116 больных с аффективными расстройствами (депрессивный эпизод легкий (F32.0) и умеренный (F32.1) - 25 чел. (21,6%), рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени (F33.0) и текущий эпизод умеренной тяжести (F33.1) - 34 чел. (29,3%), биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (F31.3) - 57 чел. (49,1%)), которые находились на этапе становления медикаментозной ремиссии непосредственно после купирования более выраженной депрессивной симптоматики.

В исследовании использовались клинико-психопатологический, психодиагностический методы и метод математической обработки результатов.

В соответствии с уровнем самостигматизации обследованные больные были распределены на три группы: группа I – с низким уровнем самостигмы (24 чел. – 20,7%), группа II – со средним уровнем ауто-стигматизации (50 чел. – 43,1%) и группа III – с высоким уровнем (42 чел. – 36,2%).

Анализ распределения больных с различной степенью выраженности депрессии по уровням самостигматизации выявил статистически значимое ($p < 0,05$) преобладание больных с легкой депрессией среди пациентов с низким уровнем самостигматизации (18 чел. – 46,2%), пациентов

с умеренной депрессией - со средним (40 чел. – 51,9%) и высоким (31 чел. – 40,3%) уровнями самостигмы. Состояние больных с умеренным уровнем самостигмы характеризовалось наибольшим количеством симптомов умеренной депрессии.

Неравномерность распределения депрессивных симптомов в группах пациентов с разным уровнем самостигматизации может свидетельствовать об относительно независимых механизмах формирования ауто­стигмы.

Во всех группах обследованных больных преобладали клинические признаки простой депрессии, наиболее частым проявлением была тревожная депрессия у пациентов с высоким и средним уровнем самостигматизации. Наименее характерной была апатическая депрессия, несколько чаще имевшая место у больных со средним уровнем самостигмы. Астеническая депрессия была наиболее часто встречающейся в структуре сложной депрессии и имела примерно одинаковое распределение во всех трех группах пациентов (16,6%, 16,0% и 14,3% соответственно). Несколько реже наблюдались депрессия с навязчивостями (12,5%, 8,0% и 11,9%) и ипохондрическая депрессия (12,5%, 6,0%, 4,7%). Наиболее редкой формой сложной депрессии у всех обследованных больных была истерическая (в каждой выделенной по уровню самостигмы группе определялась лишь у одного пациента).

Представленная в результате обследования пациентов с аффективными расстройствами типология простых и сложных депрессий является в значительной мере относительной. Клинические проявления мономорфных депрессий нередко включают полиморфные и изменчивые феномены, которые трудно отнести к определенному типу аффективного синдрома, а необлигатные проявления сложных депрессий в менее выраженной, стертой форме могут наблюдаться у пациентов с простыми депрессиями.

Ключевые слова: аффективные расстройства, депрессия, самостигматизация, феноменологическая характеристика

Titukhin N.V.

PHENOMENOLOGICAL CHARACTERISTIC OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS WITH DIFFERENT AUTO-STIGMATIZATION LEVEL

Republican Clinical Psychiatric Hospital, Donetsk, DPR

An increase in the frequency of depressive disorders, a modification of their psychopathological structure due to pathomorphism, the formation of atypical and erased clinical manifestations require an in-depth study of the effect of self-stigmatization processes on the phenomenology of depressive states.

The aim of the study was to determine the phenomenological structure of depression in patients with affective disorders with different levels of self-stigmatization.

A total of 116 patients with affective disorders (depressive episode mild (F32.0) and moderate (F32.1) - 25 patients (21.6%), recurrent depressive disorder, current mild episode (F33.0) and current episode were examined moderate severity (F33.1) - 34 patients (29.3%), bipolar affective disorder, the current episode of moderate or mild depression (F31.3) - 57 patients (49.1%)), who were at the stage of formation drug remission immediately after the relief of more pronounced depressive symptoms.

The study used clinical, psychopathological, psychodiagnostic methods and the method of mathematical processing of results.

In accordance with the level of self-stigmatization, the examined patients were divided into three groups: group I - with a low level of self-stigma (24 people - 20.7%), group II - with an average level of self-stigmatization (50 people - 43.1%) and group III - with a high level (42 people - 36.2%).

Analysis of the distribution of patients with varying degrees of depression by levels of self-stigmatization revealed a statistically significant ($p < 0.05$) predominance of patients with mild depression among patients with low levels of self-stigmatization (18 patients - 46.2%), patients with moderate depression - with moderate (40 patients - 51.9%) and high (31 patients - 40.3%) levels of self-stigma. The condition of patients with a moderate level of self-stigma was characterized by the greatest number of symptoms of moderate depression.

The uneven distribution of depressive symptoms in groups of patients with different levels of self-stigmatization may indicate relatively independent mechanisms of autostigma formation.

In all groups of the examined patients, clinical signs of simple depression prevailed, the most frequent manifestation was anxious depression in patients with high and medium levels of self-stigmatization. The least characteristic was apathetic depression, which occurred more frequently in patients with an average level of self-stigma. Asthenic depression was the most common in the structure of complex depression and had approximately the same distribution in all three groups of patients (16.6%, 16.0% and 14.3%, respectively). Depression with obsessions (12.5%, 8.0% and 11.9%) and hypochondriacal depression (12.5%, 6.0%, 4.7%) were somewhat less common. The most rare form of complex depression in all examined patients was hysterical (in each group identified by the level of self-stigma, it was determined in only one patient).

The typology of simple and complex depressions presented as a result of examining patients with affective disorders is largely relative. Clinical manifestations of monomorphic depressions often include polymorphic and variable phenomena that are difficult to attribute to a certain type of affective syndrome, and non-obligate manifestations of complex depressions in a less pronounced, erased form can be observed in patients with simple depressions.

Keywords: affective disorders, depression, self-stigmatization, phenomenological characteristic

Литература

1. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. ВОЗ, 2017. URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1> (дата обращения: 10.08.2019).
2. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Тхостов А.Ш., Зеленина Е.В., Андриющенко А.Б., Иванов С.В. Психопатология депрессий (к построению типологической модели). В кн.: Смулевич А.Б., ред. Депрессии и коморбидные расстройства. М.; 1997: 28-53.
3. Тиганов А.С. Аффективные расстройства и синдромообразование. Журн. невропатол. и психиатр. 1999; 1: 810-816.
4. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина. 2011. 432.
5. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. Харьков: Торнадо; 2003. 352.
6. Абрамов В.А., Абрамов А.В., Жигулина И.В., Абрамов В.Ал. Шизофрения, стигма, Я. Донецк; 2016. 432.
7. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Psychol. 1967; 6: 278-296.
8. Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Абрамов А.В., Путятин Г.Г., Жигулина И.В. Методический комплекс для оценки стигматизирующих эффектов психиатрической помощи. Метод. рекомендации. Донецк; 2011. 24.

References

1. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. ВОЗ, 2017. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1> (accessed: 10.08.2019).
2. Smulevich A.B., Dubnitskaya E.B., Tkhostov A.Sh., Zelenina E.V., Andryushchenko A.B., Ivanov S.V. Psikhopatologiya depressii (k postroeniyu tipologicheskoi modeli) [Psychopathology of depression (to build a typological model)]. V kn.: Smulevich A.B., red. Depressii i komorbidnye rasstroistva. M.; 1997: 28-53 (in Russian).
3. Tiganov A.C. Affektivnye rasstroistva i sindromoobrazovanie [Affective disorders and syndrome formation]. Zhurn. nevropatol. i psikiatr. 1999; 1: 810-816(in Russian).
4. Krasnov V.N. Rasstroistva affektivnogo spectra [Affective Spectrum Disorders]. M.: Prakticheskaya meditsina. 2011. 432 (in Russian) (in Russian).
5. Podkorytov V.S., Chaika Yu.Yu. Depressii. Sovremennaya terapiya [Depression. Modern therapy]. Khar'kov: Tornado; 2003. 352 (in Russian).
6. Abramov V.A., Abramov A.V., Zhigulina I.V., Abramov V.Al. Shizofreniya, stigma, Ya [Schizophrenia, stigma, I]. Donetsk; 2016. 432 (in Russian).

7. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Psychol.* 1967; 6: 278-296.
8. Abramov V.A., Ryapolova T.L., Abramov A.V., Putyatin G.G., Zhigulina I.V. Metodicheski kompleks dlya otsenki stigmatiziruyushchikh effektiv psikiatricheskoi pomoshchi. Metod. Rekomendatsii [Methodological complex for assessing the stigmatizing effects of psychiatric care. Method. recommendations]. Donetsk; 2011. 24 (in Russian).

Поступила в редакцию 27.08.2019