

УДК 616.89-008.454+614.1

*Т.Л. Ряполова, Н.В. Титухин, Е.А. Кокотова***СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: аффективные расстройства, социально-демографическая характеристика, клиническая характеристика

Постоянный рост количества больных с депрессивными расстройствами в психиатрической и общемедицинской сети, особенно в контексте реформирования отечественной медицины, ставит перед врачами задачи по ранней диагностике, своевременной терапии и реабилитации данного контингента больных. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) разработана «Концепция тяжести болезни», в которой говорится о психических расстройствах, наиболее существенно оказывающих влияние на качество жизни пациентов. Неотъемлемой частью концепции является оценка вклада стигматизации и дискриминации в качество жизни лиц с душевными заболеваниями [1]. Проблема стигматизации и дискриминации в отечественной психиатрии считается наиболее актуальной при хронических психических расстройствах, в частности, при шизофрении [2, 3]. В то же время, больные с аффективными расстройствами не менее подвержены стигматизации и аутостигматизации [4]. При этом, несмотря на то, что проблема депрессий, как наиболее распространенного психического расстройства, продолжает оставаться в центре внимания зарубежных и отечественных исследователей, практически отсутствуют работы, направленные на всестороннее исследование особенностей стигматизации пациентов с депрессией. Целью настоящего исследования являлось изучение социально-демографических и клинических особенностей больных с аффективными расстройствами депрессивного спектра для последующего изучения механизмов и последствий их стигматизации и аутостигматизации.

На начальном этапе была разработана унифицированная карта клинического и социально-демографического анализа истории болезни больного с депрессией. Было проанализировано 156 историй болезни пациентов с аффективными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в «Областная кли-

ническая психиатрическая больница, г. Донецк». Социально-демографические и клинические характеристики больных с аффективными расстройствами, госпитализированных в психиатрический стационар, представлены в таблице 1.

Среди находившихся на лечении больных из изучаемого контингента 47,4% (74 чел.) составляли мужчины, женщины (82 чел.) – 52,6%, но преобладание удельного веса лиц женского пола был статистически недостоверным ( $p > 0,05$ ). Распределение больных по возрасту было следующим: до 20 лет – 27 чел. (17,3%), 21-30 лет – 45 чел. (28,9%), 31-40 лет – 46 чел. (29,5%), 41-50 лет – 32 чел. (20,5%), старше 50 лет – 6 чел. (3,8%), т.е. аффективные расстройства чаще встречались в возрасте до 50 лет с большей заболеваемостью в возрасте от 21 года до 40 лет. Средний возраст изучаемого контингента –  $34 \pm 2,18$  года, т.е. преобладали лица молодого трудоспособного возраста.

По социальному статусу среди больных с аффективной патологией статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) преобладали служащие (58 чел., 37,2%). Достаточно большой удельный вес неработающих (36 чел., 23,1%) свидетельствует о хроническом характере заболевания, приводящем в конечном итоге к инвалидизации или потере рабочего места и, соответственно, снижению социального статуса пациентов.

Среди обследованного контингента 63 больных (40,4%) имели собственные семьи (различия статистически достоверны,  $p < 0,05$ ), 36,5% (37 чел.) никогда не состояли в браке, а 34 чел. (21,8%) были разведены к моменту госпитализации. Следовательно, аффективная патология не ведет к потере семейного статуса больными. При этом примерно в одной трети случаев имелись проблемы во взаимоотношениях как в собственных, так и в родительских семьях: 29 чел. (18,6%) характеризовали взаимоотношения в семьях как эпизодически конфликтные, 15 чел.

(9,6%) – как частые конфликты, 17 чел. (10,9%) – как эмоционально отстраненные, что нередко являлось причиной усугубления депрессивной симптоматики у обследованных больных. Несмотря на то, что более половины пациентов (86 чел., 55,1%) воспитывались в полных семьях, достаточно высоким был удельный вес пациентов, выросших в неполных семьях (68 чел., 43,6%), что могло закладывать предрасположенность к развитию депрессии в молодом и зрелом возрасте. Помимо этого, как предрасполагающий к депрессии фактор, в части случаев больными отмечалось дисгармоничное воспитание: 32 чел. (20,5%) оценивали воспитание в семье как гиперопеку, 27 чел (17,3%) – как гипоопеку. Достаточно высокий процент неудовлетворительных

отношений с родственниками, наличие одиноких больных, с одной стороны, может рассматриваться как фактор, провоцирующий начало или рецидив заболевания и предполагающий относительно неблагоприятный прогноз в плане семейной адаптации, стигматизации, аутостигматизации и повторных обострений заболевания у больных с аффективной патологией, с другой стороны, обуславливает необходимость стимулирования развития социальных сетей пациентов, позволяющих расширить их социальные контакты и сеть поддержки, а также проведения семейной и психологической терапии с целью нормализации стиля семейных отношений и снижения уровня стигматизации и аутостигматизации больных и их родственников.

Таблица 1

**Социально-демографические и клинические характеристики больных аффективными расстройствами**

№	Показатель	Число больных	
		Абс.	%
1	Пол:		
	- мужской	74	47,4
	- женский	82	52,6
2	Возраст:		
	- до 20 лет	27	17,3
	- 21-30 лет	45	28,9
	- 31-40 лет	46	29,5
	- 41-50 лет	32	20,5
	- старше 50 лет	6	3,8
3	Социальный статус:		
	- рабочий	35	22,4
	- служащий	58	37,2
	- учащийся	8	5,1
	- студент	19	12,2
	- не работает	36	23,1
4	Семейный статус:		
	- холост (не замужем)	57	36,5
	- женат (замужем)	63	40,4
	- разведен (а)	34	21,8
	- вдовец (вдова)	2	1,3
5	Взаимоотношения в семье:		
	- ровные	62	39,7
	- дружеские	33	21,2
	- эпизодические конфликты	29	18,6
	- частые конфликты	15	9,6
	- эмоционально отстраненные	17	10,9
6	Родительская семья:		
	- полная	86	55,1
	- неполная	68	43,6
	- сирота	2	1,3
7	Воспитание в родительской семье:		
	- гармоничное	97	62,2
	- гиперопека	32	20,5
	- гипоопека	27	17,3
8	Материальная обеспеченность:		
	- удовлетворительная	135	86,5
	- уровень выживания	17	10,9
	- неудовлетворительная	4	2,6
9	Жилищно-бытовые условия:		
	- удовлетворительные	150	96,2
	- неудовлетворительные	6	3,8
10	Преморбидные особенности личности:		
	- гармоничная личность	72	46,2
	- замкнутость	15	9,6
	- вспыльчивость	9	5,8
	- тревожность	60	38,4
11	Психические расстройства в анамнезе:		
- не было	127	81,41	

Жилищно-бытовые условия большей части исследуемых пациентов были относительно удовлетворительными, лишь 3,8% (6 чел.) не имели постоянного места жительства или проживали без прописки в помещениях барачного типа. Несмотря на то, что большинство больных оценивали свое материальное положение как удовлетворительное, среди обследованного контингента выделялась группа пациентов (17 чел., 10,9%) которые находились в материальном плане не уровне выживания: они с трудом «сводили концы с концами», пенсии по инвалидности или случайно заработанных денег хватало лишь на скудное пропитание, другие расходы были практически недоступны. При этом в части случаев (2,6%) можно было говорить о фактически бедственном положении: больные недоедали, носили старые вещи. Безусловно, низкий уровень жилищно-бытовой и материальной обеспеченности являлся провоцирующим развитие депрессивного расстройства фактором у всех описанных больных.

В преморбиде у большей части пациентов отмечались такие черты личности как замкнутость (15 чел., 9,6%), вспыльчивость (9 чел., 5,8%), тревожность (60 чел., 38,4%) и лишь 46,2% больных характеризовались как гармоничные личности. Более чем у 50% пациентов в анамнезе отмечались психические расстройства, которые, как правило, не требовали психиатрического вмешательства и расценивались близкими как особенности или «странности» в поведении и восприятии текущих событий. Наибольший удельный вес (11,54%, 18 чел.) принадлежит невротоподобным расстройствам в виде тревожной, тревожно-фобической симптоматики, навязчивостей, неврастенических симптомов, психосоматических и ипохондрических

расстройств, также имели место психопатоподобные (8 чел., 5,13%) расстройства (эмоциональная взрывчатость, патологическая ревность), отдельные психотические симптомы (3 чел., 1,52%) в виде подозрительности и отрывочных идей отношения. Таким образом, в структуре ранних проявлений аффективных расстройств наблюдались различные по глубине, клинической специфичности, синдромальной завершенности симптомы преимущественно невротического уровня.

По диагностическим категориям МКБ-10 больные распределились следующим образом: биполярное аффективное расстройство (F 31) – 27 чел. (17,3%), депрессивный эпизод (F 32) – 43 чел. (27,6%), рекуррентное депрессивное расстройство (F 33) – 54 чел. (34,6%), хронические (аффективные) расстройства настроения (F 34) – 32 чел. (20,5%). У 42 пациентов (26,9%) сроки госпитализации составляли 2 месяца и более, что было связано медикаментозной резистентностью или пролонгацией депрессивной симптоматики вследствие реакции больных на факт психиатрического диагноза и ситуацию госпитализации в психиатрический стационар, что в последнем случае требовало специфических антистигматизационных личностно-ориентированных психотерапевтических мероприятий.

Таким образом, социально-демографические и клинические особенности больных аффективными расстройствами, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре, указывают на необходимость при осуществлении им психиатрической помощи, наряду с психофармакотерапией, проведения широкого круга психосоциальных вмешательств, в том числе антистигматизационной направленности, как неотъемлемой части психиатрического лечения.

*Т.Л. Ряполова, Н.В. Тімухін, О.О. Кокотова*

## **СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА ТА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ ДЕПРЕСИВНОГО СПЕКТРУ**

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У роботі представлено клінічні та соціально-демографічні характеристики 156 хворих на афективні розлади, що були шпиталізовані у КЛПУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня, м.Донецьк». Отримані дані вказують на необхідність для дослідженого контингенту не тільки психофармакотерапії, а й цілеспрямованих психосоціальних, в тому числі антистигматизаційних, втручань як важливої частини психіатричної допомоги. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 84-87).

**SOCIAL-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF AFFECTIVE DISORDERS BY DEPRESSIVE SPECTRUM**

Named after M.Gorkiy Donetsk National Medical University

Clinical and social-demographic characteristics of 156 patients with affective disorders which were hospitalized in Donetsk Regional Clinical Psychiatric Hospital. Received data indicate the necessity of psychopharmacology and consistent psychosocial including anti-stigma interventions as important part of psychiatric help. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 84-87).

*Литература*

1. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения // Соц. и клин. психиат. – 2005. – Т. 366. – С. 94 - 102.  
2. Систематизція передумов і механізмів формування стигми у хворих на психічні розлади : метод. рекоменд. / Донец. нац. мед. ун-т ім. М. Горького ; сост. : Марута Н.О., Абрамов В.А., Ряполова Т.Л. [та ін.]. – Донецьк, 2012. – 32 с.

3. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк : Каштан, 2009. – 584 с.  
4. Ястребов В.С. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях / В.С. Ястребов, И.И. Михайлова. // Журн. неврологии и психиатрии. – 2005. - № 11. – С. 50 – 54.

Поступила в редакцию 4.02.2013