

УДК 616.895.4-083-085

*А.К. Напреенко, Н. Латчман***ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В АМБУЛАТОРНОЙ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Национальный медицинский университет им. О.О. Богомольца, Украина

Ключевые слова: депрессивные, психосоматические и соматопсихические расстройства; амбулаторная общесоматическая практика

Несмотря на развитие знаний в области психиатрии, проблема диагностики и лечения депрессивных расстройств не теряет своей актуальности. По данным экспертов ВОЗ ежегодно в мире клинически диагностированной депрессией болеют по крайней мере 200 млн. человек, и эта цифра постоянно возрастает. Украина входит в число стран с высокой заболеваемостью депрессивными расстройствами. Каждый восьмой человек хотя бы раз в жизни нуждается в проведении специальной антидепрессивной терапии. Приблизительно 2/3 пациентов с диагностированной депрессией склонны к суицидальным попыткам и 10-15% совершают суицид [7]. Несмотря на значительный интерес украинских психиатров к проблеме депрессии, вопрос о ее выявлении и лечении у соматически больных разработан неудовлетворительно. Серьезным пробелом в этой области является недостаток эмпирических данных о наличии аффективной патологии у пациентов общемедицинской сети в целом и в частности — у пациентов первичного или амбулаторного звена медицинской службы.

В настоящей работе мы рассматриваем некоторые модели оценки развития депрессивных расстройств, пригодные для распознавания данной патологии и планирования лечебных мероприятий в условиях общесоматической амбулаторной практики. В основу работы положены данные, полученные при обследовании 80 пациентов (18 мужчин и 62 женщины, средний возраст  $53,7 \pm 8,3$  года), обратившихся за помощью в городскую поликлинику №2 г. Киева. Никто из респондентов ранее у психиатра не лечился. Исследование проводилось с помощью структурированного интервью, клинико-психопатологического и патопсихологических методов.

Обнаружено, что частота депрессивных расстройств в выборке составляет 17,5% (14 человек). Этот результат соответствует имеющимся

эпидемиологическим показателям депрессивных расстройств у пациентов общемедицинских учреждений амбулаторной и госпитальной сети: так, по данным литературы доля депрессий у больных этого контингента колеблется от 10 до 22-23% [11], среди больных пожилого и старческого возраста, обращающихся в территориальные поликлиники России, пациенты с дистимией составляют 14,4% [4].

Среди обследованных нами больных с депрессией преобладали лица пенсионного возраста, с низким уровнем дохода и недостаточной социальной поддержкой. Поскольку депрессивная симптоматика в большинстве случаев была представлена расстройствами субпсихотического регистра (дистимии, сосудистые, маскированные депрессии), мы считаем необходимым остановиться на тех теориях коморбидных депрессивных состояний, которые выходят за рамки исключительно биологической модели и предполагают комплексное лечение с использованием медикаментов, психотерапии и социально-реабилитационных мероприятий.

С точки зрения целостного — биопсихосоциального подхода в психиатрии среда обитания человека рассматривается как иерархическая система физических, биологических, психических и социальных уровней, причем на каждом более высоком уровне появляются новые «эмерджентные» (англ. emergent — внезапно возникающий) свойства. Данное теоретическое направление не только неразрывно связывает психическое и соматическое как в рамках нормы, так и в рамках патологии, но и совершенно оправданно, на наш взгляд, существенное значение придает взаимозависимости индивидуума и окружающей его социальной среды [5].

Необходимо отметить, что в генезе депрессивных расстройств, сопровождающих соматическую патологию, можно выделить соматопсихическое и психосоматическое звенья. Сомати-

ческое заболевание само по себе является психотравмирующим фактором даже при отсутствии других выраженных конфликтных ситуаций. С другой стороны, вторично образовавшиеся расстройства психической сферы негативно влияют на соматическую сферу, что приводит к образованию патологического комплекса по типу порочного круга [8–12]. Из этого следует, что разделение на психосоматическое и соматопсихическое достаточно условно и больше отражает анамнестический аспект, нежели патогенетическую сущность формирования болезненного процесса.

Среди аффективной патологии у этих больных преобладают депрессивные расстройства. Они являются наиболее соматизированными психическими отклонениями. Подобная соматизация может доминировать во внутренней картине болезни — тогда психические расстройства не осознаются пациентами и тесно ассоциируются с телесными страданиями. В таких случаях согласно принципу комплиментарности аффект и содержание конфликта вытесняются и соматизируются [2]. Соматические жалобы и функциональные симптомы как эквивалент депрессивных расстройств могут преобладать в клинической картине заболевания, а эмоциональное нарушение при этом отходит на задний план и остается незамеченным как больным, так и врачом-интернистом. Данное явление может наблюдаться при депрессиях самого различного генеза.

Хотя явно выраженной конституционально-типологической преморбидной основы, действующей как фактор риска возникновения соматизированных депрессий, не выявлено, в литературе описаны некоторые черты личности, характерные для больных с такими расстройствами: трудолюбие, педантичность, неумение выражать агрессию, тенденция к симбиотическим отношениям с сильными привязанностями [1,5]. Кроме того, особенностями, предрасполагающими к развитию психосоматических расстройств с депрессией являются неблагоприятные макро- и микросоциальные факторы. Среди социологических характеристик в качестве факторов риска рассматривают принадлежность к женскому полу, а также низкий уровень образования и социального положения. Механизм действия этих составляющих скорее всего заключается в культуральных установках по отношению к эмоциональной сфере, то есть в способности психологически перерабатывать стрессы и сопутствующие им эмоциональные переживания [1].

К социально-психологическим предрасполагающим факторам относят также ожидание вторичной выгоды, получение внимания и помощи, которые в культуре обследуемой популяции более тесно связаны с наличием соматического заболевания, чем с наличием психического расстройства. Стигматизация психически больных делает «психиатрические» жалобы условно нежелательными. В то же время принятие роли пациента общесоматического профиля может давать право на определенные льготы и некоторые — пусть и минимальные — преимущества.

Противоположный подход в трактовке сопряженных с соматической патологией аффективных расстройств заключается в движении «от соматической патологии к психическим нарушениям». Начало такого направления было положено Крелем и Бергманом, а впоследствии развито Вайцеккером, Искулем, Йоресом и Кристианом. Данные исследователи являлись в основном психоаналитически ориентированными терапевтами. Естественнонаучные потребности практической медицины и преимущественно соматический уклон привели к выходу данного направления за рамки чистого психоанализа. Под влиянием европейских традиций Александра, в США сходное направление развивал Вайнер [5].

Выделяют по крайней мере три варианта генеза депрессивных расстройств, возникающих на фоне соматических заболеваний: 1) соматическое заболевание провоцирует манифестацию аффективного расстройства у субъекта с психическим заболеванием; 2) депрессия является непосредственным следствием конкретных патофизиологических проявлений соматической болезни (интоксикация, гипоксия, инфекционно-аллергический и другие факторы); 3) депрессивная симптоматика может рассматриваться как психогенная реакция на соматическое заболевание и возможные его последствия [3].

В некоторых случаях клиника аффективных расстройств имеет определенные соматоспецифические особенности. Так, при климактерических депрессиях наблюдается снижение настроения, тревога за здоровье, страх смерти, астенические компоненты симптоматики; при заболеваниях желудочно-кишечного тракта чаще встречается ипохондрическая депрессия; болезнь Крона и язвенный колит сопровождаются астенодепрессивными проявлениями со страхом смерти; невротическая депрессия с фобическим компонентом характерна для сердечно-сосудистых заболеваний; тоска, тревога и ипохондрия

сопутствуют опухолям мозга; послеродовые депрессии сопровождаются бессонницей, идеями самообвинения и т.п. [8,12 и др.].

Особое внимание исследователей привлекают депрессии, коморбидные с соматической патологией, у пациентов позднего возраста. Депрессивные расстройства у неврологически и соматически больных данной возрастной категории обычно возникают на фоне соматических заболеваний, имеющих затяжное либо хроническое течение: опухоли мозга, церебральный атеросклероз, нарушения мозгового кровообращения, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, заболевания органов дыхания, хронические инфекции, онкологические и эндокринные заболевания и др.

В структуре собственно аффективной патологии наблюдаются проявления соматизированной депрессии со стойкой ипохондрической фиксацией на незначительных нарушениях функций организма. При этом в клинической картине преобладают такие телесные сенсации, как головокружение, алгии, парестезии и др., в то время как «типичные» депрессивные жалобы на тоску, подавленность, плохое настроение отступают на второй план. Среди частых симптомов – не всегда обусловленные течением соматической болезни бессонница, депрессивные руминации, тревога с двигательным беспокойством. Иногда картина депрессии определяется угрюмым, ворчливо-раздражительным настроением, брюзжанием и вспышками недовольства. В других случаях наблюдается двигательная заторможенность, апатия, ангедония, чувство безнадежности и беспомощности, проявления анергии. Когнитивный компонент депрессии представлен негативной самооценкой с пессимистическими представлениями о жизненных перспективах [9,12].

В последнее время в психосоматической медицине как и в других направлениях медицинской науки отмечается стремление к интеграции различных ее специальностей. В мировой практике такая тенденция реализуется через объединение различных биологических, психологических и социальных позиций. Учитывая представленные выше данные, отражающие результаты исследований в области феноменологии, этиологии и патогенеза депрессий, сопряженных с соматической патологией, а также наши собственные наблюдения, можно констатировать следующее: а) решение данной проблемы требует тесного взаимодействия интернистов и психиатров; б) наиболее

целесообразный и экономически выгодный путь улучшения помощи больным с такой патологией заключается в расширении собственных терапевтических возможностей амбулаторного звена общемедицинской сети; в) помощь больным с депрессией при соматических заболеваниях не может ограничиваться лишь медикаментозным воздействием, она должна использовать также психологические, микро- и макросоциальные ресурсы. В конечном итоге улучшение системы оказания помощи больным с депрессивными расстройствами в первичном звене охраны здоровья должно привести к повышению квалификации врачей-интернистов, которые обязаны:

а) быть внимательными относительно депрессивных синдромов у определенных категорий населения и особенно у лиц пожилого возраста;

б) иметь навыки общения с пациентами, которые находятся в состоянии эмоционального дистресса, и использовать приемы внимательного слушания, эмпатии, вербальной и невербальной поддержки, ведения переговоров относительно курса управления состоянием пациентов и решения их проблем;

в) установить диагноз депрессии, назначить лечение или с осторожностью направить пациента на консультацию к специалисту-психиатру, избегая псевдопозитивной диагностики и обратного эффекта социальной стигматизации «психически больной»;

г) наблюдать за пациентами с диагностированной депрессией, которые получают лечение.

В целом в настоящее время наиболее перспективными представляются нижеследующие направления развития помощи больным с депрессиями в амбулаторной общесоматической практике:

1. Разработка программ обучения врачей-интернистов диагностике и комплексному лечению депрессивных расстройств. Обязательным компонентом таких программ должно стать постоянное информирование интернистов о новых лечебных подходах, а также организация системы супервизии со стороны квалифицированных специалистов-психиатров.

2. Реализация в условиях поликлиник системы психотерапии, преимущественно групповой. К наиболее целесообразным компонентам этой системы, по нашему мнению, следует отнести метод групп встреч (meeting groups), поскольку такой подход ориентирован не только на сугубо психотерапевтическую, но и на более широкую социальную поддержку. Программы включают

обучение лидеров подобных групп из числа квалифицированных психиатрических медицинских сестер и специалистов социальной ра-

боты, прошедших специальную подготовку в области медицины и работы с пациентами психиатрического профиля.

*О.К. Напреенко, Н. Латчман*

## **ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ В АМБУЛАТОРНІЙ ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Україна

На основі узагальнення даних літератури та результатів власного дослідження депресивних розладів у пацієнтів, що отримують лікування в умовах амбулаторної ланки загальномедичної служби, запропоновано перспективні напрями розвитку допомоги хворим на депресії в умовах територіальних поліклінік. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 46-49)

*А.К. Napryeyenko, N. Lutchmun*

## **DEPRESSIVE DISORDERS IN PRIMARY HEALTH CARE**

National medical university by him (it) O.O. Bogomolza, Ukraine

Basing upon referative results and upon individual data concerning depressive disorders in patient attending primary health care centres, useful orientative approaches in helping the depressive patient in primary care are proposed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 46-49)

### *Литература*

1. Волков В. Т., Стрелис А. К., Караваева Е. В. Личность пациента и болезнь. – Томск: Красное Знамя, 1995. – 326 с.
2. Гарбузов В. И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология: наднозологическая патология и терапия психосоматических заболеваний и неврозов. – СПб: Сотис, 1999. – 319 с.
3. Гиндикин В. Я. Клиника и лечение соматогенных аффективных расстройств. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1997. – Т. 97, вып 11. – С. 47-51.
4. Зозуля Т.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика контингента больных позднего возраста, обслуживаемых кабинетом территориальной поликлиники // Журн. невропатол. и психиатр. – 1995. – N2. – С. 65 – 66.
5. Концепция соматизации: история и современное состояние / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Т.В. Довженко и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – N4. – С. 81 – 97.
6. Напреенко О.К. Пограничные психические расстройства у больных с ортопедическими заболеваниями // Врачебное дело. – К.: Здоров'я. – 1991. – N2 (983). – С. 60 – 64.
7. Напреенко А.К., Петров К.А. Психическая саморегуляция. – К.: Здоров'я, 1995. – 240 с.
8. Напреенко О.К. Депресія та тривога // Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я: Посібник для поліпшення якості роботи. СІНДІ. Україна / Під наук. ред. проф. І.П. Смірної. – К., 1999. – С. 135 – 142.
9. Напреенко О.К. Психосоматичні та соматопсихічні розлади // Психіатрія / Під ред. проф. О.К. Напреенка. – К.: Здоров'я, 2001. – С. 461 – 485.
10. Напреенко О.К. Соматопсихічні розлади // Український вісник психоневрології. – Харків, 1996. – Т. 4, вип. 5 (12). – С. 292 – 294.
11. Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней / Н.Р. Полев Н.Р, В.Н. Краснов, Л.А. Подрезова и др. // Вестник Российской академии мед. наук. – 1998. – N5. – С. 3 – 7.
12. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. – М.: Мед. информ. агентство, 2001 – 256 с.

Поступила в редакцию 18.06.2002г.