

УДК 616.895.4:616.891-008.47-07

А.А. Назарчук

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

ДЕПРЕССИИ, КОМОРБИДНЫЕ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

Обследовано 59 больных с аффективным расстройством, депрессивным эпизодом легкой–средней тяжести (F32.0-F32.1), коморбидным с тревожными расстройствами (30 больных с F41.0 – паническое расстройство и 29 больных с F41.1 – генерализованное тревожное расстройство), а также 52 больных с аффективным расстройством, депрессивным эпизодом легкой–средней степени тяжести (F32.0-F32.1) без коморбидной патологии. Проведен синдромальный анализ и анализ психопатологической симптоматики, изучена специфика тревожной и депрессивной симптоматики, а также феноменологическая структура депрессий, коморбидных с тревожными расстройствами. Выделены основные клинико-психопатологические особенности депрессий, коморбидных с тревожными расстройствами, разработаны критерии их диагностики.

Ключевые слова: депрессия, коморбидность, тревожные расстройства, клинико-психопатологические особенности.

Для преодоления медико-социальных и экономических последствий депрессий требуется своевременная их диагностика и эффективная терапия [1–3].

Существенным препятствием реализации своевременной диагностики и эффективной терапии депрессивных расстройств является проблема коморбидности депрессий. Депрессии редко протекают изолированно, сочетаясь как с соматической, так и психической патологией. У таких пациентов отмечается наличие как соматических (неврологические, воспалительные, эндокринные заболевания, заболевания внутренних органов), так и психических расстройств (тревожные расстройства, расстройства личности, аддикции и др.) [4–7]. Наличие сочетанной патологии обуславливает перекрывание симптомов, видоизменяет клиническую картину, течение и исход депрессивного расстройства и из-за межлекарственного взаимодействия значительно усложняет процесс терапии [6].

В структуре коморбидных депрессий первое место занимают тревожные расстройства, встречающиеся у 50 % пациентов с депрессией [7, 8].

На сегодняшний день имеется большое количество исследований, посвященных изучению как депрессивных, так и тревожных расстройств, однако остаются малоизученны-

ми вопросы, касающиеся изменений их клинических характеристик в результате взаимодействия данных расстройств при их коморбидности.

Цель данного исследования – изучить клинико-психопатологические особенности депрессий, коморбидных с тревожными расстройствами.

Материал и методы. Обследовано 111 человек, из которых основную группу составили 59 больных с депрессивным эпизодом легкой–средней тяжести (F32.0–F32.1), коморбидным с тревожными расстройствами (30 больных с F41.0 – паническое расстройство и 29 больных с F41.1 – генерализованное тревожное расстройство). Группу сравнения составили 52 больных с депрессивным эпизодом легкой–средней степени тяжести (F32.0–F32.1) без коморбидной патологии.

Использовали клинико-психопатологический метод (сбор и анализ анамнестических данных, жалоб, симптомов и синдромов), дополненный клиническими оценочными шкалами: опросником выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R), шкалой Гамильтона для оценки тревоги (HARS) и оценочной шкалой депрессии Гамильтона (HARS) [9–11].

Анализ структуры психопатологической симптоматики (по данным опросника Symptom

© А.А. Назарчук, 2014

Check List-90-Revised-SCL-90-R) показал, что депрессии, коморбидные с тревожными расстройствами, характеризовались выраженной соматизацией (ощущением телесной дисфункции кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной, нервной и других систем) (38,9 % случаев, $p < 0,01$) с высоким уровнем психического дистресса GSI (72,9 % случаев, $p < 0,05$) и высокой его интенсивностью (PSDI) (79,7 % случаев, $p < 0,05$). В контрольной группе выраженная соматизация отмечалась в 17,3 % случаев, высокий уровень психического дистресса GSI – в 44,2 % случаев, а высокая его интенсивность (индекс PSDI) – у 55,8 % больных.

В структуре коморбидной тревожной симптоматики (по данным шкалы HARS) при депрессиях, сопровождающихся тревожными расстройствами, отмечалось наличие выраженных сердечно-сосудистых симптомов [(2,7±0,4) балла, $p < 0,01$], тревожного настроения [(2,5±0,4) балла, $p < 0,01$], вегетативных [(2,5±0,6) балла, $p < 0,05$], респираторных [(2,3±0,5) балла, $p < 0,01$] симптомов и страхов [(2,3±0,3) балла, $p < 0,01$].

При этом выраженность сердечно-сосудистых (26,7 % случаев, $p < 0,05$), вегетативных (46,7 % случаев, $p < 0,01$), респираторных симптомов (23,3 % случаев, $p < 0,05$) и страха (40,0 % случаев, $p < 0,05$) преобладала у больных с коморбидным паническим расстройством, а выраженность тревожного настроения (72,4 % случаев, $p < 0,01$) – у больных с коморбидным генерализованным тревожным расстройством.

Выраженность сердечно-сосудистых симптомов, тревожного настроения, вегетативных симптомов, респираторных симптомов и страхов у больных контрольной группы составила (1,2±0,2), (0,9±0,3), (1,3±0,3), (0,4±0,3) и (0,3±0,2) баллов соответственно.

При депрессиях, коморбидных с тревожными расстройствами, интенсивность депрессии (по шкале HDRS) была более выраженной – (17,8±2,3) балла, что соответствует умеренно-выраженной степени депрессии), по сравнению с контрольной группой – (13,4±2,1) балла – умеренная степень депрессии, $p < 0,05$. При этом значимых различий в выраженности депрессивного расстройства у больных депрессией с коморбидным паническим расстройством и коморбидным генерализован-

ным тревожным расстройством обнаружено не было, данные показатели по формам тревожных расстройств составили (17,2±2,3) и (18,4±1,9) балла соответственно.

В структуре депрессивной симптоматики (по шкале HDRS) больных с коморбидными тревожными расстройствами отмечалось значительное преобладание умеренно-выраженных ипохондрических эквивалентов депрессивного расстройства [(2,7±0,9) балла, $p < 0,01$] у 63,3 % больных с паническим расстройством и у 65,5 % больных с генерализованным расстройством, $p < 0,01$; соматической тревоги [(2,5±0,7) балла, $p < 0,01$] у 66,7 % больных с паническими атаками и у 68,9 % с генерализованной тревогой, $p < 0,01$; общесоматических симптомов [(2,4±1,0) балла, $p < 0,01$] у 46,7 % больных с паническими атаками и у 44,8 % с генерализованной тревогой, $p < 0,01$].

В контрольной группе выраженность ипохондрических эквивалентов депрессивного расстройства, соматической тревоги и общесоматических симптомов не превышала значений в (1,3±0,5), (1,2±0,5) и в (0,9±0,4) балла соответственно.

Результаты синдромального анализа показали, что депрессии, коморбидные с тревожными расстройствами, характеризовались преобладанием сенестоипохондрического варианта депрессии (в 50,0 % случаев у больных с паническими атаками и в 48,3 % случаев у больных с генерализованной тревогой, $p < 0,01$). В контрольной группе сенестоипохондрическая депрессия встречалась лишь в 7,7 % случаев.

Сенестоипохондрический вариант депрессии у больных с коморбидными тревожными расстройствами характеризовался сочетанием сниженного настроения с сенестопатиями и ипохондрическими опасениями по поводу состояния своего физического здоровья, наличия у себя нераспознанного заболевания или последствий уже имеющегося заболевания. В депрессивном аффекте преобладало сочетание сниженного настроения с плаксивостью, раздражительностью, многочисленными вегетативными расстройствами. Сенестопатии локализовались в различных участках тела, внутри и на его поверхности и проявлялись чувством жжения, распирания, набухания, давления, сжатия, перекручивания,

покальвания. Ипохондрические расстройства проявлялись в сосредоточенности на своих физических ощущениях и в необоснованных мрачных догадках и прогнозах по поводу собственного здоровья и несуществующего заболевания. Больные активно искали помощи у различных специалистов, требовали различных консультаций и дополнительных диагностических процедур.

В клинике депрессии двигательное беспокойство чаще встречалось у больных депрессией с коморбидным генерализованным тревожным расстройством (34,5 % случаев, $p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой, где двигательное беспокойство отмечалось в 11,5 % случаев. У больных депрессией с коморбидным паническим расстройством двигательное беспокойство фиксировалось только у 10,0 % обследованных.

Исследование мышления и когнитивных функций показало, что у больных депрессией, сопровождающейся коморбидными тревожными расстройствами, в клинике депрессивного расстройства преобладали ипохондрические идеи (37,3 % случаев, $p < 0,01$) и ригидность мышления (30,5 % случаев, $p < 0,05$).

При этом в структуре клинических проявлений депрессии ипохондрические идеи одинаково часто встречались у больных депрессией как с коморбидным паническим расстройством (36,7 % случаев, $p < 0,01$), так и с коморбидным генерализованным тревожным расстройством (37,9 % случаев, $p < 0,01$). Ригидность мышления чаще отмечалась в клинике депрессии у первых (40,0 % случаев, $p < 0,01$), у вторых фиксировалась лишь в 20,7 % случаев.

У больных контрольной группы ипохондрические идеи и ригидность мышления встречались в 11,5 и 17,3 % случаев соответственно.

В клинике эмоциональных расстройств у больных основной группы преобладали неудовлетворенность собой (37,3 % случаев, $p < 0,05$), уныние (33,9 % случаев, $p < 0,05$) и отчаяние (32,2 % случаев, $p < 0,01$).

Анализ распределения эмоциональных расстройств среди больных основной группы показал, что в клинике депрессии неудовлетворенность собой с одинаковой частотой отмечалась у больных депрессией как с коморбидным паническим расстройством (36,7 %

случаев, $p < 0,05$), так и с коморбидным генерализованным тревожным расстройством (37,9 % случаев, $p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой, где данное расстройство фиксировалось в 19,2 % случаев. Отчаяние преобладало в клинике депрессии больных с коморбидным паническим расстройством (43,3 % случаев с F41.0, $p < 0,01$, и 20,7 % – с F41.1, $p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой (7,7 % случаев). При этом уныние значительно чаще отмечалось в клинике депрессии больных с коморбидным генерализованным тревожным расстройством (41,4 % случаев с F41.1, $p < 0,01$) по сравнению с больными депрессиями с паническим расстройством (26,7 % случаев) и больными контрольной группы (17,3 % случаев).

Среди соматовегетативных расстройств у больных основной группы преобладали нарушения сердечно-сосудистой системы (кардиалгический синдром, нарушение сердечного ритма и т. д.) (30,5 % случаев, $p < 0,01$) и вегетативно-висцеральные кризы, преимущественно смешанного характера (20,3 % случаев, $p < 0,05$).

Анализ распределения соматовегетативных расстройств среди больных основной группы показал, что нарушения сердечно-сосудистой системы одинаково часто встречались у больных депрессией как с коморбидным паническим расстройством (30,0 % случаев, $p < 0,01$), так и с коморбидным генерализованным тревожным расстройством (31,0 % случаев, $p < 0,01$). Вегетативно-висцеральные кризы преобладали в клинике депрессии больных с коморбидным генерализованным тревожным расстройством (27,6 % больных с F41.1, $p < 0,01$, и 13,3 % – с F41.0, $p > 0,5$).

У больных контрольной группы соматовегетативные нарушения сердечно-сосудистой системы и вегетативно-висцеральные кризы встречались в 13,5 и 9,6 % случаев соответственно.

Из сенсорных расстройств у больных основной группы в 27,1 % случаев ($p < 0,01$) встречаются нарушения чувствительности (парестезии в 13,6 % случаев, $p < 0,01$, и гипестезии – в 10,2 % случаев, $p < 0,01$); в 25,4 % случаев ($p < 0,05$) – психосенсорные нарушения (колебания почвы под ногами в 20,3 % случаев, $p < 0,01$).

Анализ распределения сенсорных расстройств среди больных основной группы по-

казал, что в клинике депрессии нарушения чувствительности преобладали у больных депрессией с коморбидным генерализованным тревожным расстройством (у 34,5 % больных с F41.1, $p < 0,01$, и у 20,0 % с F41.0, $p > 0,5$), тогда как психосенсорные расстрой-

случаев, психосенсорные нарушения – в 13,5 % случаев.

Полученные в ходе исследования данные в обобщенном виде представлены в таблице.

Таким образом, выделенные в ходе исследования клиничко-психопатологические особен-

Клиничко-психопатологические особенности депрессий, коморбидных с тревожными расстройствами

Дифференцируемые признаки	Депрессивный эпизод (F32.0–F32.1), сопровождающийся коморбидными тревожными расстройствами	
	паническое (F41.0)	генерализованное (F41.1)
Тяжесть депрессии	Умеренно-выраженная	Умеренно-выраженная
Ведущий синдром	Сенестоипохондрический с выраженной соматизацией, высоким уровнем и интенсивностью психического дистресса	Сенестоипохондрический с выраженной соматизацией, высоким уровнем и интенсивностью психического дистресса
Расстройства		
моторные	Нет	Двигательное беспокойство
когнитивные	Ригидность мышления	Нет
мышления	Ипохондрические идеи	Ипохондрические идеи
эмоциональные	1. Неудовлетворенность собой 2. Отчаяние	1. Неудовлетворенность собой 2. Отчаяние 3. Уныние
соматовегетативные	Сердечно-сосудистой системы	1. Сердечно-сосудистой системы 2. Смешанные вегетативно-висцеральные кризы
сенсорные	Психосенсорные (колебание почвы под ногами)	Нарушения чувствительности (парестезии, гипестезии)
Дифференциальные клинические признаки сопутствующей коморбидной психической патологии	1. Тревога с умеренно-тяжелыми вегетативными, респираторными расстройствами и расстройствами сердечно-сосудистой системы 2. Страхи умеренной степени выраженности	Тревога с умеренно-тяжелым синдромом тревожного настроения

ства преобладали у больных с коморбидным паническим расстройством (у 33,3 % больных с F41.0, $p < 0,05$, и у 17,2 % с F41.1, $p > 0,5$).

У больных контрольной группы нарушения чувствительности отмечались в 11,5 %

ности депрессий, коморбидных с тревожными расстройствами, могут служить критериями их дифференциальной диагностики и должны учитываться при разработке конкретных дифференцированных лечебных программ.

Литература

1. Жданова М.П. Состояние и перспективы развития психиатрической службы в Украине / М.П. Жданова, О.М. Коллякова, Е.Н. Зинченко // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи: научн. сб. – СПб., 2009. – Т. 1. – С. 346–354.
2. Кожина А.М. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств / А.М. Кожина, Л.М. Гайчук // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, Вип. 3 (64). – С. 129.
3. Марута Н.А. Диагностика и терапия униполярной депрессии в современных условиях: мифы и реальность [Электронный ресурс] / Н.А. Марута // НЕЙРОNEWS. – 2013. – № 2 (47). – Режим доступа : <http://www.neuronews.com.ua/article/765.html>.
4. Демченко В.А. Психічні розлади у пацієнтів первинної медичної мережі (діагностика, клініка, терапія): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 / В.А. Демченко. – Харків, 2011. – 24 с.

5. *Евсегнеев Р.А.* Психиатрия в общей медицинской практике / Р.А. Евсегнеев. – М. : МИА, 2010. – 592 с.
6. *Марута Н.А.* Депрессии в общемедицинской практике / Н.А. Марута, Л.Н. Юрьева, А.И. Мамчур. – К., 2009. – 30 с.
7. *Смулевич А.Б.* Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М. : МИА, 2008. – 432 с.
8. *Lam R.W.* Depression / R.W. Lam, H. Mok. – N.Y. : Oxford university press, 2012. – 140 p.
9. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения) / В.Н. Краснов, Т.В. Довженко, А.Е. Бобров [и др.] – М. : МЕДПРАКТИКА-М, 2008. – 136 с.
10. *Юрьева Л.Н.* Клиническая суицидология / Л.Н. Юрьева. – Днепропетровск : Пороги, 2006. – 472 с.
11. *Derogatis L.R.* The SCL-90-R / L.R. Derogatis // Clinical Psychometric Research. – Baltimore, 1975. – P. 1–134.

О.А. Назарчук

**ДЕПРЕСІЇ, ЩО КОМОРБІДНІ З ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ
(КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ)**

Обстежено 59 хворих на афективний розлад, депресивний епізод легкої–середньої тяжкості (F32.0–F32.1), що коморбідний з тривожними розладами (30 хворих з F41.0 – панічний розлад і 29 хворих з F41.1 – генералізований тривожний розлад), а також 52 хворих з афективним розладом, депресивним епізодом легкого–середнього ступеня тяжкості (F32.0–F32.1) без коморбідної патології. Проведено синдромальний аналіз і аналіз психопатологічної симптоматики, проаналізована специфіка тривожної та депресивної симптоматики, а також феноменологічна структура депресій, що коморбідні з тривожними розладами. Виділено основні клініко-психопатологічні особливості депресій, що коморбідні з депресивними розладами, та розроблені критерії їх діагностики.

Ключові слова: депресія, коморбідність, тривожні розлади, клініко- психопатологічні особливості.

О.А. Nazarchuk

**DEPRESSIONS, WHICH ARE COMORBID WITH ANXIOUS DISORDERS
(A CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL ANALYSIS)**

Fifty nine patients with affective disorder, mild to moderate depressive episode (F32.0–F32.1) which was comorbid with anxious disorders (30 patients with panic disorders F41.0 and 29 patients with generalized anxious disorder F41.1) and 52 patients with affective disorder, mild to moderate depressive episode (F32.0–F32.1) without comorbid pathology were investigated. A syndrome analysis and an analysis of psychopathological symptoms were performed, a specificity of anxious and depressive symptoms as well as the phenomenological structure of depressions with comorbid anxious disorders were studied. The main clinical-psychopathological peculiarities of depressions, which are comorbid with anxious disorders, was determined and criteria for their diagnosis were developed.

Key words: depression, comorbidity, anxious disorders, clinical-psychopathological peculiarities.

Поступила 06.05.14