

## **ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И ДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ИХ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ**

**И.Л. Степанов, О.В. Моисейчева**

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии*

По данным различных исследований депрессивные расстройства являются одними из самых распространенных среди психических заболеваний [1, 2, 6, 9, 12], что в немалой степени обусловлено множественностью причин их возникновения, частотой сочетания различных этиопатогенетических механизмов.

Согласно «биопсихосоциальной» модели депрессии, условиями возникновения и дальнейшего развития болезни могут выступать различные факторы, включающие биологические, психологические и социальные [5, 7, 13, 14, 18]. Становится очевидным необходимость многостороннего подхода к рассмотрению психической патологии с привлечением не только клиничко-психопатологических показателей, но и социально-средовых, адаптационных, а также оценок соматического состояния больных аффективными расстройствами.

Исследования качества жизни и социального функционирования больных вызывают большой интерес как за рубежом [15, 16], так и в России [3, 8], так как психическое здоровье населения характеризуется не только низким уровнем или отсутствием психических заболеваний, но и комфортностью жизнедеятельности, социальным благополучием, удовлетворенностью различными сторонами жизни. Социальные последствия психических расстройств – серьезная проблема не только для больных и их близких, но и для общества в целом [4]. Для общей оценки жизнедеятельности необходимо учитывать не только психический статус, но и социальный, и трудовой, подразумевая весь комплекс клиничко-психопатологических проявлений болезни во влиянии на социальное функционирование больных. Под социальным функционированием понимают соответствие человека требованиям социальной среды, способ, которым он организует свою жизнедеятельность и решает те или иные задачи, возникающие в процессе повседневного существования.

К заболеваниям, имеющим выраженные социальные последствия, несомненно, относятся депрессивные расстройства. При аффективных расстройствах происходит ухудшение всех параметров качества жизни [10, 11, 17]. Больные депрессией обнаруживают низкий уровень социального функционирования и выраженную социальную несостоятельность.

На современном этапе показатели социального функционирования (СФ), включающие оценку важнейших аспектов жизнедеятельности человека, рассматриваются наряду с клиническими данными как диагностические критерии. Многие исследователи отмечают, что показатели СФ становятся новыми объективными критериями оказания медицинской помощи. Данные о СФ используются при изучении клинических особенностей заболеваний и результатов лечения, а также важны для более эффективной деятельности психиатрических служб.

До недавнего времени в России почти не проводились крупномасштабные многоцентровые эпидемиологические исследования о распространенности депрессии у пациентов с соматическими заболеваниями, сведения носили фрагментарный характер. Еще меньшее внимание уделялось изучению соматической патологии у больных депрессией. При этом рядом авторов замечено, что депрессия чаще других психопатологических синдромов сосуществует с рядом соматических заболеваний. Клинически очерченные депрессивные состояния встречаются у 12–36% больных соматическими заболеваниями, что существенно превышает распространенность депрессии в популяции (Depression Guideline Panel, 1993). Высока распространенность расстройств депрессивного спектра при артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца (стенокардия напряжения), нарушениях ритма

сердца, паркинсонизме, острых нарушениях мозгового кровообращения и их последствиях, язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, хронических обструктивных бронхолегочных заболеваниях и особенно нейро-циркуляторной дистонии (НЦД). Особенно часто ассоциированы с депрессией сахарный диабет типа 2, онкологические болезни и хроническая сердечная недостаточность – заболевания, сопровождающиеся значительными ограничениями бытового, социального функционирования пациентов и имеющие неблагоприятный прогноз.

Несмотря на актуальность данной проблемы, исследований, посвященных особенностям социально-психического функционирования (СПФ) больных депрессией с учетом соматической отягощенности в анамнезе, в доступной литературе встречается исключительно мало. Такого рода наблюдения, безусловно, необходимы для улучшения диагностики и типологии (дифференциации депрессивных расстройств), выработки подходов к повышению эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

**Цель** данного исследования – установление роли аффективных нарушений и соматической отягощенности больных депрессией в нарушении их социально-психического функционирования и выявление особенностей функционирования в различных сферах.

### **Материалы и методы**

Исследование проводилось на клинической базе специализированного отделения Московского НИИ психиатрии и общемедицинской городской поликлиники. Обследовано 100 больных (78 жен. и 22 муж.).

Объектом исследования были больные депрессией, чье состояние соответствовало диагностическим критериям аффективного расстройства МКБ-10 (ВОЗ 1990, 1992). В соответствии с данными критериями больные распределились следующим образом: F31 – 22 человека, F32 – 16, F33 – 61, F34 – 1. 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, хроническим алкоголизмом, токсикоманией. Возраст больных составил не моложе 18 и не старше 65 лет, средний возраст обследованных 42,2 лет. 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 общеобразо-

вательное пришлось соответственно 33% и 6%. Основными методами исследования были клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, статистический. Депрессивное состояние оценивали по шкале депрессии Гамильтона (HDRS-21) и клинико-психопатологической карте, разработанной в группе исследования депрессий отдела расстройств аффективного спектра Московского НИИ психиатрии Минздрава РФ. Нарушения 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 (трудовая деятельность) (П), бытовой (выполнение домашних обязанностей) (Б), самообслуживании (самообслуживание-опрятность и внешний вид) (СО), межличностных обязанностях (родительские функции, уход и помощь кому-либо) (МО), общении (неформальные контакты) (КО), интересах (увлечения, хобби) (ИУ), сексуальной (способность испытывать и реализовывать половое влечение) (СС) и по суммарному показателю нарушений всех сфер (сумСПФ). Заполнение карты проводили в течение первой недели поступления в клиническое отделение и во время амбулаторного приема в поликлинике.

На основании данных анамнеза со слов больных и их родственников, по материалам амбулаторных карт и выписок, собраны сведения о соматических заболеваниях, имеющих у исследуемых.

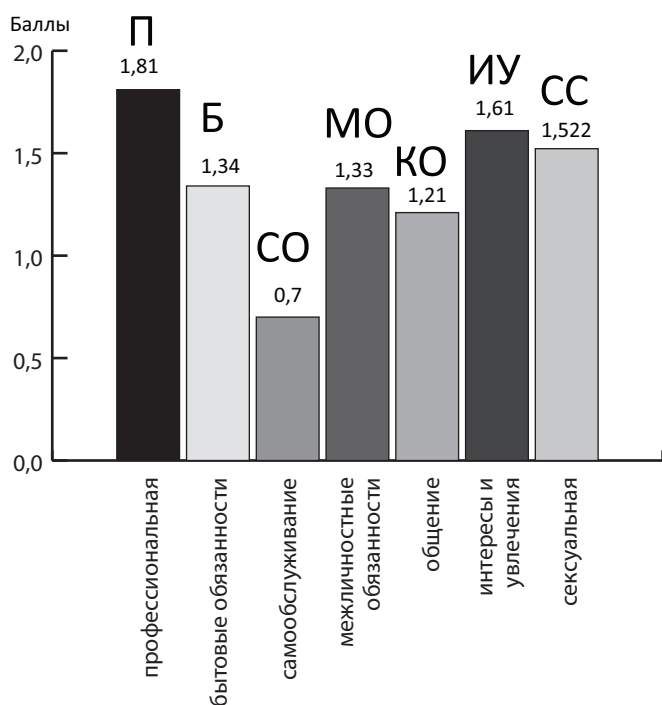
Средний суммарный балл по шкале Гамильтона для оценки депрессии (HDRS-21 пункт) – 20,2 (в группе муж. – 17,84, жен. – 20,83).

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 исследования**

Наибольшие нарушения социального функционирования наблюдались в сферах профессиональной, увлечений и интересов, сексуальной. Несколько в меньшей степени страдали сферы бытовых обязанностей, межличностных обязанностей и неформального общения. На сфере самообслуживание-опрятность депрессивное состояние сказывалось в наименьшей степени (рисунок).

При корреляционном анализе выявлена четкая связь суммарного значения нарушения СПФ (сумСПФ) с рядом психопатологических проявлений депрессии. Наиболее заметное снижение сумСПФ отмечено у больных с абулическими нарушениями,



Выраженность нарушения социально-психического функционирования в депрессии по разным сферам жизнедеятельности (n=100)

характеризующимися снижением желаний и побуждений к деятельности ( $\rho=0,547$ , при  $p=0,00001$ ), с подавленностью, тоской, чувством безнадежности и угнетенности ( $\rho=0,483$ , при  $p=0,00001$ ), сужением круга интересов и утратой удовольствия ( $\rho=0,366$ , при  $p=0,0004$ ), сопровождающиеся чувством вины, идеями самообвинения ( $\rho=0,360$ , при  $p=0,0006$ ), анти-витальными мыслями с формулировкой «устал от такой жизни», «больше не могу так жить» ( $\rho=0,310$ , при  $p=0,003$ ).

Необходимо отметить, что в ходе исследования достоверных корреляционных связей нарушения сумСПФ и дисфорических проявлений (мрачной раздражительности, гневливой вспыльчивости) выявлено не было. Это согласуется с прежними нашими исследованиями на других выборках больных [10, 11] и свидетельствует о более благоприятном течении депрессивного состояния при доминировании в его структуре гневливо-дисфорического аффекта.

Следует отметить корреляционную связь снижения сумСПФ с рядом других симптомов, которые можно отнести к астеническим и соматопсихическим характеристикам состояния. В первую очередь у пациентов отмечались симптомы астенического круга. Болезненность состояния проявлялась повышенной утомляемостью и истощаемостью, ослаблением самообладания, нетерпеливостью, снижением или утратой способности к длительному умственному и физическому напряжению, неспособностью расслабиться. У пациентов наблюдались чувство усталости, слабости, «разбитости» ( $\rho=0,411$ , при  $p=0,00005$ ), часто возникающие без нагрузки, длительно продолжающиеся

и не проходящие после отдыха, сопровождающиеся снижением активности, с ощущением потребности в дополнительных усилиях для того, чтобы приступить к деятельности, к работе ( $\rho=0,325$ , при  $p=0,002$ ), уменьшением энергичности, с чувством «упадка сил», мышечными болями, тяжестью в теле, конечностях ( $\rho=0,300$ , при  $p=0,004$ ), а также сексуальными дисфункциями, чаще всего снижением либидо ( $\rho=0,214$ , при  $p=0,042$ ). Таким образом, клинические проявления астении были характерны для различных ее составляющих, охватывая спектр симптомов: физических – снижение выносливости, мышечную слабость; интеллектуальных – расстройства внимания, способности к концентрации, нарушения памяти и бдительности; отсутствие уверенности в своих силах, снижение мотиваций; сексуальных – снижение либидо и эрекции.

При оценке взаимоотношений нарушений СПФ и соматовегетативных проявлений депрессии достоверных связей показателя сумСПФ с показателями артериального давления, частоты пульса выявлено не было. Тенденция к преобладанию симпатикотонии подтверждалась лишь корреляцией снижения сумСПФ и задержкой стула (частыми запорами) ( $\rho=0,273$ , при  $p=0,01$ ).

Анализ нарушений социально-психического функционирования у всей исследуемой выборки показал, что суммарный показатель нарастания нарушения социально-психического функционирования напрямую коррелирует с выраженностью текущего депрессивного состояния. Пациентов с более тяжелым течением депрессивного эпизода (тяжесть определялась по шкале Гамильтона с 1 по 17 пункты включительно), отличало соответствующее снижение социально-психического функционирования ( $\rho=0,311$ , при  $p=0,0028$ ).

При проведении корреляционного анализа показателей снижения сумСПФ и возраста пациентов обнаружена связь, близкая к достоверной ( $\rho=0,203$ , при  $p=0,054$ ).

В исследуемой выборке фиксировались начало аффективного расстройства и эпизоды обострения заболевания, их количество до момента настоящего обращения. Наблюдалась достоверная связь увеличения суммарного показателя нарушения СПФ с тяжестью течения депрессивного расстройства, характеризовавшегося более частыми обострениями депрессий, то есть большим количеством депрессивных эпизодов в анамнезе и регоспитализаций ( $\rho=0,330$ , при  $p=0,0015$ ).

Проводилась оценка соматической отягощенности исследуемых больных. Пациенты, в анамнезе которых на момент обследования отмечалось большее количество соматических заболеваний, то есть большая отягощенность соматической сферы, показывали слабую, но достоверную связь со снижением социально-психического функционирования по сумСПФ ( $\rho=0,214$ , при  $p=0,042$ ).

При использовании теста Манна-Уитни были выявлены гендерные отличия в нарушении социально-психического функционирования, характеризующиеся более выраженным нарушением сумСПФ у женщин ( $p < 0,009$ ). Возможно, данное наблюдение обусловлено биологическими (прежде всего спецификой гормонального статуса) и психосоциальными факторами. Более выраженная уязвимость, стрессодоступность в семейной и профессиональной жизни играют значительную роль в развитии женской депрессии. В состоянии депрессии женщины достоверно хуже, по сравнению с мужчинами, справлялись с выполнением бытовых обязанностей ( $p < 0,001$ ), самообслуживанием ( $p < 0,001$ ).

При анализе корреляционных соотношений нарушений СПФ в каждой сфере с общим снижением суммарного показателя сумСПФ (таблица) проявились следующие закономерности. Наибольшая связь сумСПФ отмечена с нарушениями в сферах СО и П, а менее выраженная с СС, что показывает степень влияния каждой из сфер СПФ на общее снижение социального функционирования в иерархическом аспекте у исследуемой выборки больных. При этом обращает на себя внимание то, что сфера самообслуживания-опрятности (СО) в среднем по выборке в состоянии депрессии была нарушена в меньшей степени, чем другие сферы функционирования, но ее корреляционная связь с общим нарушением сумСПФ оказалась наиболее сильной. Данная особенность состояния больных может служить прогностическим маркером тяжести общего нарушения их социального функционирования.

Более детальный анализ соотношения клинических, психопатологических и динамических характеристик депрессивного расстройства больных с функционированием в различных сферах СПФ выявил следующие закономерности.

Некоторые корреляционные соотношения проявляли себя в относительно слабой степени, однако данный анализ необходим для отграничения недопустимых тенденций от статистически значимых.

Нарушение функционирования в профессиональной сфере (П) значимо коррелировало с количеством эпизодов обострений депрессии ( $\rho = 0,386$ , при  $p < 0,001$ ) и непосредственно длительностью аффективного расстройства ( $\rho = 0,262$ , при  $p < 0,05$ ).

Также наблюдались связи снижения функционирования в сфере бытовых обязанностей (Б) с возрастом больных ( $\rho = 0,404$ , при  $p < 0,001$ ), непосредственно с возрастом начала депрессивного расстройства ( $\rho = 0,296$ , при  $p < 0,01$ ), с количеством эпизодов депрессий ( $\rho = 0,284$ , при  $p < 0,01$ ), общей длительностью психического заболевания ( $\rho = 0,212$ , при  $p < 0,05$ ) и продолжительностью депрессивного эпизода ( $\rho = 0,211$ , при  $p < 0,05$ ). Следует отметить снижение функционирования в сфере Б у пациентов с большим количеством соматических заболеваний в анамнезе ( $\rho = 0,301$ , при  $p < 0,01$ ) и большим количеством систем организма, отягощенных соматическими заболеваниями ( $\rho = 0,303$ , при  $p < 0,01$ ), с учетом наличия у ряда пациентов более одного заболевания, относящегося к определенной системе организма.

Корреляционная связь нарушения функционирования в области самообслуживания-опрятности (СО) наблюдалась с большим количеством эпизодов депрессии в анамнезе ( $\rho = 0,306$ , при  $p < 0,01$ ), возрастом пациентов ( $\rho = 0,256$ , при  $p < 0,05$ ), суммарным показателем по шкале Гамильтона ( $\rho = 0,233$ , при  $p < 0,05$ ). Коррелировали со снижением функционирования в сфере самообслуживания количество систем организма, отягощенных соматическими болезнями ( $\rho = 0,230$ , при  $p < 0,05$ ), и непосредственно количество соматических заболеваний ( $\rho = 0,260$ , при  $p < 0,05$ ).

### Обсуждение результатов

Результаты исследования показывают, что уровень снижения социального функционирования у данных больных находится в прямой зависимости от клинко-психопатологического профиля депрессивного расстройства, предшествующей аффективной отягощенности и степени преморбидного соматического поражения.

**Корреляционные взаимосвязи нарушений в различных сферах социально-психического функционирования и показателя суммарного снижения СПФ**

	Профессиональная (П)	Бытовые обязанности (Б)	Самообслуживание (СО)	Межличностные обязанности (МО)	Общение (КО)	Хобби, увлечения (ИУ)	Сексуальная (СС)
Суммарный показатель СПФ	$\rho = 0,711$ $p < 0,0001$	$\rho = 0,613$ $p < 0,0001$	$\rho = 0,730$ $p < 0,0001$	$\rho = 0,611$ $p < 0,0001$	$\rho = 0,644$ $p < 0,0001$	$\rho = 0,618$ $p < 0,0001$	$\rho = 0,431$ $p < 0,001$

Отчетливая связь снижения социально-психического функционирования (оцениваемые по показателю сумСПФ) с особенностями депрессивного состояния как основного фактора болезни, свидетельствует о прямой зависимости социально-психического функционирования пациентов от структуры (психопатологического профиля) и тяжести текущего депрессивного состояния (по шкале HDRS-21), причем наиболее отчетливо эти соотношения проявляются в анализе отдельных симптомов психопатологического профиля депрессии.

Наиболее выраженное снижение сумСПФ наблюдалось у больных депрессией с ведущим тоскливым аффективным компонентом, с преобладанием в клинической картине абулических нарушений, ангедонии, астении и заторможенности, что относится к основным дезадаптирующим симптомам типичного депрессивного синдрома. В структуре депрессии также следует выделить наличие антивитальных мыслей, идей самообвинения с чувством вины, превалирование нарушений моторно-двигательной, а не идеаторной составляющей депрессивной триады. Значительно выражен астенический компонент депрессии: состояние сопровождалось слабостью, вялостью, быстрой физической истощаемостью, утомляемостью, ощущением несостоятельности и потребности в дополнительном усилии приступить к работе, с чувством утраты энергии и тяжестью в теле, ослаблением и обеднением побуждений к деятельности, снижением активности. Соматовегетативная симптоматика, сопутствующая нарушению сумСПФ, главным образом, характеризовалась снижением сексуальной функции, а также склонностью к запорам. Более благоприятный вариант течения депрессивного эпизода характерен для депрессий с гневливо-дисфорическим аффективным компонентом (отсутствуют достоверные корреляции с нарушением по сумСПФ).

Определенное влияние на снижение сумСПФ оказывало собственно течение депрессивного расстройства: пациенты с наибольшим количеством обострений, эпизодов депрессии в анамнезе отличались более выраженными нарушениями социально-психического функционирования.

Наибольшее корреляционное соотношение со снижением социально-психического функционирования в целом (оценивая по показателю сумСПФ), показывали нарушения в профессиональной сфере и сфере самообслуживания, степень нарушения в которых можно отнести к наиболее значимым маркерам общего нарушения социального функционирования. Анализ соотношения нарушений в каждой из сфер СПФ с сумСПФ в целом соответствует общепринятым в психиатрии опорным функ-

циональным признакам определения социальной дезадаптации больных при различных психических расстройствах и согласуется с клинической психиатрической практикой.

У женщин, в сравнении с мужчинами, отмечался более высокий показатель снижения сумСПФ, а также по сферам бытовых обязанностей и самообслуживания.

При наличии депрессии у больных с соматической отягощенностью вне обострения заболевания при более подробном анализе можно выделить наиболее значимые факторы, которые достоверно соотносятся как с общим снижением социально-психического функционирования (сумСПФ), так и с такими значимыми сферами СПФ, как профессиональная, бытовые обязанности и самообслуживание. К ним можно отнести возраст больных и неблагоприятное течение депрессивного расстройства (количество и продолжительность депрессивных фаз), а также количество соматических заболеваний в анамнезе и количество систем организма, отягощенных соматическими заболеваниями. Если в профессиональной сфере на достоверном уровне значимо проявлялся только фактор неблагоприятного течения депрессивного расстройства, то в сферах бытовых обязанностей и самообслуживания-опрятности влияние соматической отягощенности проявлялось практически наравне с неблагоприятным течением собственно аффективного расстройства.

Особенностью этой соматической отягощенности является то, что при отсутствии обострения соматического заболевания в состоянии депрессии она оказывает влияние на функционирование больных, хотя и не столь значительное по сравнению с основными депрессивными симптомами, проявляя себя скорее как «соматически неблагоприятная почва». При этом отсутствуют конкретные клинические показания или собственно эффективная терапевтическая тактика для коррекции данного влияния врачом-интернистом. На текущий момент основными рекомендациями терапевтической направленности можно назвать во многом оправдавшую себя профилактику соматических (в широком понимании) заболеваний органов и систем в общемедицинской практике, ведение здорового образа жизни.

Таким образом, при оценке адаптационных возможностей больных в состоянии депрессии, а конкретнее, их социально-психического функционирования, необходимо особое внимание уделять анализу структуры депрессивного синдрома, характеру течения как самого аффективного расстройства, так и оценке соматически отягощенной почвы у данной категории больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров А.С. Эндогенная депрессия. Иркутск: РИО ГИУВа, 2001. 384 с.
2. Вертоградова О.П. Депрессия как общемедицинская проблема // Журн. Медицина для всех. 1997. № 2. С. 10–12.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Шашкова Н.Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. Т. 4, № 4. С. 38–45.
4. Казаковцев Б.А. Развитие служб психического здоровья. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 672 с.
5. Корнетов Н.А. Эпидемиологические и социально-психиатрические перспективы изучения депрессивных расстройств // Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы): Сборник материалов международной научно-практической конференции. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2003. С. 24–31.
6. Краснов В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. Т. 19, № 4. С. 5–9.
7. Краснов В.Н. Депрессии в общемедицинской практике // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4, № 5. С. 181–183.
8. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: Олма Медиа Групп, 2007. 320 с.
9. Смуглевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. М.: «Берег», 2000. 160 с.
10. Степанов И.Л. Ангедония как диагностический, прогностический и дезадаптирующий фактор при различных типах депрессий (феноменология, динамика, принципы терапии): Дисс. ... докт. мед. наук. М., 2004. 346 с.
11. Степанов И.Л. Влияние депрессивного состояния на социально-психическое функционирование (СПФ) больных // Журнал прикладной психологии. 2002. № 4–5. С. 17–22.
12. Angst J. Epidemiology of depression // Psychopharmacol (Berl). 1992. Vol. 106. P. 71–74.
13. Gilbert P. Depression. The evolution of powerlessness. Hove: Lawrence Erlbaum, 1992. 563 p.
14. Hautzinger, de Jong-Meyer. Depressionen // Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Storungen / H.Reinecker (Hrsg.). Gottingen: Hogrefe, 1994. 2, uberarb. U. crw. Aufi. S. 177–218.
15. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry // Quality of life in mental disorders / H.Katschnig, H.Freeman, N.Sartorius (Eds.). New York: Wiley, 1997. P. 3–15.
16. Orley J., Saxena S., Herrman H. Quality of life and mental illness // Br. J. Psychiatry. 1998. Vol. 172. P. 289–293.
17. Spitzer R.L., Kroenke K., Liner M. Health related quality of life in patients with mental disorders according to research in primary care // JAMA. 1995. N 274. P. 1511–1517.
18. Whybrow P.C., Akiskal H.S., McKinney W.T.Jr. Toward a psychobiological integration: affective illness as a final common path to adaptive failure // Mood Disorders: Toward a New Psychobiology / P.C.Whybrow, H.S.Akiskal, W.T.Jr.McKinney (Eds.). New York: Plenum, 1984. P. 173–203.

### ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И ДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ В АНАМНЕЗЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ИХ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

И.Л. Степанов, О.В. Моисейчева

Объектом исследования были больные депрессией, чье состояние соответствовало диагностическим критериям аффективного расстройства (F3) по МКБ-10. Обследовано 100 больных (78 жен. и 22 муж.).

Основным критерием включения являлось наличие отягощенности соматической сферы заболеваниями разных органов и систем, но на момент обследования вне обострения соматической болезни.

Результаты исследования показывают, что уровень снижения социального функционирования у данных больных находится в

прямой зависимости от клинико-психопатологического профиля депрессивного состояния, предшествующей аффективной отягощенности и степени преморбидного поражения соматической сферы. Наибольшее значение в нарушении социального функционирования имел клинико-психопатологический профиль депрессивного состояния.

**Ключевые слова:** социальное функционирование, депрессия, соматические нарушения.

### THE ROLE OF CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL AND THE COURSE CHARACTERISTICS OF DEPRESSIVE CONDITIONS IN PATIENTS WITH HISTORY OF SOMATIC DISORDERS FOR EVALUATION OF THEIR SOCIAL FUNCTIONING

I.L. Stepanov, O.V. Moiseycheva

The material for this research were 100 depressive patients (78 female and 22 male) that fit the diagnostic criteria for affective disorder in the ICD-10 (F3). The principal inclusion criterion condition was presence of somatic problems in different organs and systems though not active at the moment of investigation. The results show that a decreased level of social functioning in these patients is

directly linked to the profile of their depressive condition, the previous presence of affective problems and the degree of premorbid involvement of their somatic sphere. The clinical-psycho-pathological profile of depressive condition seems to play the most important role in the impaired social functioning.

**Key words:** social functioning, depressive patients, somatic disorders.

**Степанов Игорь Львович** – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник группы исследования депрессий отдела расстройств аффективного спектра ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: stigl2006@rambler.ru

**Моисейчева Ольга Викторовна** – младший научный сотрудник группы исследования депрессий отдела расстройств аффективного спектра ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: moisej-olga@yandex.ru