

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Н. В. Яльцева, Н. И. Коршунов, Е. А. Григорьева, А. Л. Дьяконов

Ярославская Государственная Медицинская Академия

Депрессия в ее различных клинических вариантах признается сейчас одной из основных причин снижения трудоспособности. По доле потерянных для полноценной жизни лет депрессивные расстройства в настоящее время опережают все прочие психические заболевания (11).

В ревматологии проблема депрессии особенно актуальна, так как здесь она тесно связана с проблемой боли. Депрессия и тревога широко распространены среди пациентов ревматологического профиля (19), что существенно снижает общий статус здоровья и значительно повышает затраты здравоохранения на лечение этой категории пациентов. Распространенность аффективных расстройств у пациентов, страдающих ревматоидным артритом (РА), по данным разных авторов составляет от 20% до 43% (6, 8, 10, 14, 15, 17, 18, 20). Ревматоидный артрит поражает преимущественно лиц трудоспособного возраста, приводит к ранней инвалидизации, требует больших затрат на лечение; это хроническое прогрессирующее заболевание, где успех терапии во многом зависит от взаимоотношений в диаде врач-больной (4).

Депрессия рассматривается как фактор риска некомплайентного поведения больных в процессе терапии (9), так как она препятствует следованию медицинским рекомендациям: показатель комплайентности у пациентов с депрессией в три раза ниже, чем у пациентов, не имеющих аффективных расстройств. Ряд авторов (7, 12) указывают на наличие достоверной связи между уровнем депрессии и негативным видением перспектив лечения и перспективой управления заболеванием. Таким образом, депрессия может считаться фактором, препятствующим достижению эффективного результата терапии у больных РА. Как известно, РА страдают преимущественно женщины. При сравнительном анализе клинических и социальных характеристик было установлено, что женский пол является переменной, наиболее существенно влияющей на уровень депрессии (5). В группе мужчин показателем, в наибольшей степени влияющим на уровень депрессии, оказался уровень боли. Выяснение точной диагностической принадлежности аффективных

расстройств у пациентов РА не имеет принципиального значения. Самым существенным представляется факт присутствия либо отсутствия депрессии в клинической картине в целом (16). В настоящее время высказывается предположение, что РА непосредственно может индуцировать развитие депрессии у пациентов (5).

Кроме того, имеются попытки (13) патогенетически обосновать связь РА и депрессии через аномальный ответ на стресс в виде неадекватной продукции нейротрансмиттеров, гормонов и изменений в цитокиновой сети.

То, что большинство депрессивных состояний не распознается, не удивительно, поскольку пациенты обращаются к ревматологу с жалобами на соматические симптомы. Укажем на следующие причины, вызывающие трудности распознавания этих состояний.

1. Стигма. Это значит, что диагностика депрессии у пациента означает навешивание ярлыка психического больного, и таким образом, создается угроза социальной стигматизации этих людей, приводящая к отказу этих лиц от психиатрической помощи.

2. Маскированная депрессия. В общетерапевтической (следовательно, и в ревматологической) практике более чем у половины больных депрессия выражается через соматические симптомы.

3. Коморбидные соматические заболевания. Может быть сочетание с тяжелым соматическим заболеванием, например, с прогрессирующим ревматоидным артритом. И врач, и больной считают имеющуюся депрессию естественной реакцией на серьезную соматическую болезнь. Однако, это не исключает ни наличия коморбидного депрессивного расстройства, ни возможности его целенаправленного лечения.

4. Молчаливое соглашение. Последнее существует между врачом и пациентом, обоим не желающими затрагивать «неудобные» душевные и социальные проблемы. Гораздо проще говорить о соматических симптомах.

5. Временные ограничения. Боязнь врачей слишком большой траты времени на проблемы, казалось бы, выходящие из сферы их узко профессиональной (ревматологической) деятельности.

6. Неадекватное медицинское образование.

Степень тяжести депрессии и ее природу компетентно может оценить только психиатр. Однако, с одной стороны, соматизация «завораживает» не только интерниста, но даже и психиатра, который не может без помощи, например, того же ревматолога оценить тяжесть суставного поражения и адекватность болевого синдрома. С другой стороны, явно легкие формы депрессивных расстройств или упорные, изнуряющие алгии (в частности, боли в нижней части спины, суставах) при негативном отношении больного к психиатрической консультации вынуждают врача-ревматолога назначать антидепрессанты самостоятельно, исходя из общности механизмов хронической боли и депрессии.

В 1997 году в Московском НИИ психиатрии Минздрава России была разработана научно-практическая программы «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» (руководитель – профессор В.Н.Краснов) (3). В развитии данной программы совместно с кафедрами терапии ФПК и психиатрии Ярославской государственной медицинской академии осуществляются исследования по программе «Выявление и лечение депрессий у больных ревматоидным артритом» (руководители – профессор Н.И.Коршунов, профессор Е.А.Григорьева).

Цель работы – уменьшение риска инвалидизации (ограничения трудоспособности) больных ревматоидным артритом (РА) с наличием депрессивных расстройств.

Задачи:

1) изучение контингента больных РА, находящихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении Ярославской областной клинической больницы, выявление пациентов с расстройствами аффективного спектра, диагностическая оценка выявленных нарушений (в соответствии с МКБ-10);

2) разработка и апробация модели взаимодействия различных специалистов (ревматологов, других интернистов, психиатров, клинических психологов, медицинских сестер) при оказании помощи пациентам с депрессивными расстройствами в условиях ревматологического отделения;

3) формирование методических подходов к диагностике депрессий и других расстройств аффективного спектра у больных РА, определение показаний, выбор безопасных способов лечения, приемлемых для использования у данной категории больных;

4) осуществление образовательных программ, подготовка информационных материалов для врачей и медицинских сестер, пациентов, их родственников.

Разработанный протокол исследования включает следующие этапы:

1) скрининг расстройств аффективного спектра среди больных РА;

2) клиническая диагностика депрессивных расстройств;

3) отбор для терапии пациентов с депрессией;

4) фармакотерапия депрессий: монотерапия одним из выбранных антидепрессантов (не менее 2

мес.); при отсутствии эффекта – смена антидепрессанта, далее – комбинированная терапия;

5) клиническая оценка эффекта терапии;

6) катamnестическое наблюдение в течение 2 месяцев после завершения основного курса терапии;

7) оценка результатов терапии: а) клиническая эффективность; б) уровень социального функционирования.

Для решения задач исследования разработаны или компилированы «инструменты», к основному (обязательному) набору которых принадлежат следующие:

1) скрининговый опросник (3);

2) шкала оценки соматического состояния Duke (для исключения случаев тяжелой соматической патологии);

3) исследовательские диагностические критерии МКБ-10;

4) шкалы депрессии и тревоги Hamilton;

5) определение уровня социальной фрустрированности (2);

6) определение типа отношения к болезни (1);

7) методы исследования больных РА, общепринятые при исследовании больных в ревматологическом отделении.

Скрининг ориентирован на выявление относительно широкого круга расстройств аффективного спектра, включая субклинические варианты депрессивных, тревожно-депрессивных состояний.

Далее следует оценка клинически диагностированной депрессии с точки зрения целесообразности терапии антидепрессантами. К настоящему времени определен уровень выраженности депрессии, равный 15 баллам по шкале депрессии Hamilton: пациентам с выраженностью депрессии не менее 15 баллов предлагается терапия одним из современных антидепрессантов с известными минимальными побочными эффектами. Терапевтический раздел исследования является самым ответственным. Здесь обнаружились некоторые трудности, связанные с выполнением рекомендаций и следованием предписанному режиму терапии. Эти трудности сходны с описываемыми зарубежными авторами при проведении подобного рода исследований.

В исследование было включено 203 пациента РА, находящихся на лечении в ревматологическом отделении Ярославской областной клинической больницы (табл. 1). Постановка диагноза РА осуществлялась на основании диагностических критериев Американской коллегии ревматологов (ACR). Все пациенты – женщины, их средний возраст составил $51,37 \pm 1,13$ лет. Средняя длительность заболевания – $11,96 \pm 0,89$ лет.

Анализ анамнестических данных показал (рис. 1), что 136 больных (67,0%) отмечают связь начала болезни с различными провоцирующими факторами. Чаще всего это простудные заболевания, психотравмирующие обстоятельства и неблагоприятные факторы внешней среды (переохлаждение, гиперинсоляция). 67 пациентов (33,0%) затрудни-

Таблица 1

Клиническая характеристика больных РА

Клинические параметры	Все больные
полиартрит	203 (100%)
олигоартрит	0 (0,0%)
серопозитивный	131 (65,3%)
серонегативный	72 (34,7%)
гормонозависимость	92 (45,3%)
активность I	65 (32,0%)
II	87 (42,9%)
III	51 (25,1%)
стадия I-II	43 (21,2%)
III-IV	160 (78,8%)
ФК I	14 (6,9%)
II	160 (78,8%)
III	29 (14,3%)
IV	0 (0%)
системные проявления	94 (46,3%)

лись назвать причину болезни. У 26 человек (12,8%) отмечалось присутствие РА у родственников первой линии, а у 41 (20,2%) – наличие какого-либо заболевания суставов у ближайших родственников.

При поступлении в стационар все больные предъявляли жалобы на боли в суставах различной интенсивности, беспокоящие при движении и в покое. Большинство пациентов отмечали наличие утренней скованности продолжительностью от 20 мин до нескольких часов и в течение всего дня. Кроме этого, частыми симптомами заболевания были припухлость суставов за счет экссудативных и пролиферативных изменений, ограничение подвижности, стойкое изменение формы суставов.

Активность процесса, оцениваемая по клинко-лабораторным данным, соответствовала: I степени – у 65 человек (32,0%), II – у 87 человек (42,9%), III – у 51 человека (25,1%).

Согласно рентгенологическим критериям Steinbrocker I-II стадия выявлена у 43 больных (21,2%), III-IV стадия – у 160 пациентов (78,8%).

Функциональный класс I установлен у 14 человек (6,9%), II – у 160 человек (78,8%), III – у 29 человек (14,3%).

Серопозитивный РА диагностировался у 131 больного (65,3%).

Гормонозависимость отмечалась в 92 случаях (45,3%). Средняя длительность глюкокортикоидной терапии составляла $4,87 \pm 0,97$ года с поддерживающей дозой от 2,5 до 30 мг.

У 55 пациентов (27,1%) была выявлена анемия. Системные проявления заболевания диагностированы у 94 больных (46,3%). Из внесуставных проявлений наиболее часто отмечались ревматоидные узелки (РУ), лимфоаденопатия. В нашем исследовании ревматоидные узелки (РУ) были выявлены у 41 пациента (20,2%), что не расходится с литературными данными, в которых частота этого признака колеблется от 2,7% до 25%. РУ локализовались на разгибательной поверхности локтевых суставов, в области проксимальных межфаланговых и пяст-

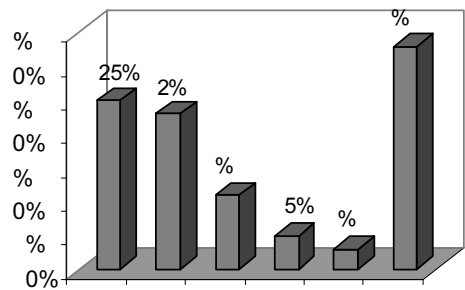


Рис. 1. Наиболее частые факторы, провоцирующие дебют ревматоидного артрита

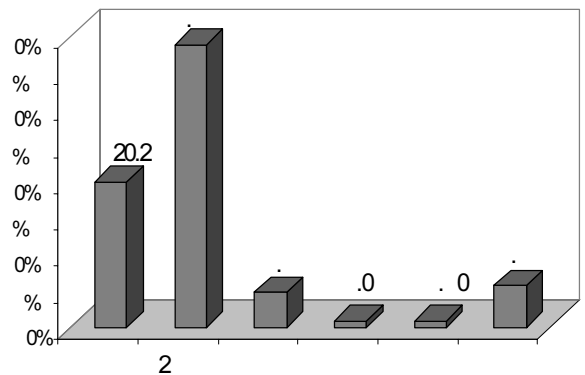


Рис. 2. Структура внесуставных проявлений у больных ревматоидным артритом

нофаланговых суставов. Структура внесуставных проявлений представлена на рис. 2.

Частым проявлением системности заболевания было поражение ретикулоэндотелиальной системы. Лимфоаденопатия отмечалась у 79 больных (38,9%). Отмечалось увеличение подмышечных, кубитальных и паховых лимфоузлов. Поражение почек диагностировано у 10 пациентов (4,9%), у 2 больных отмечалась нейропатия (1,0%). В 12 случаях (5,9%) системность заболевания проявлялась кожным васкулитом. Поражение сердца отмечалось у 2 больных (1,0%).

В нашем исследовании всем 203 больным РА была предложена скрининговая анкета для выявления риска расстройств аффективного спектра. У 144 (70,9%) пациентов результаты скрининга оказались положительными (табл. 2). Для углубленной диагностики расстройств аффективного спектра пациентам была предложена консультация ревматолога, имеющего специальную психиатрическую подготовку. Все пациенты согласились на проведение такой консультации. У 34 (16,7%) больных РА психическая патология отсутствовала, а у 5 (2,5%) диагностировано истерическое расстройство личности (F60.4). У 105 (51,7%) больных РА подтверждено наличие расстройств аффективного спектра.

Наиболее часто диагностируемой категорией являлось расстройство адаптации (44,8%): смешанная тревожная и депрессивная реакция (28 чел., 26,7%),

Таблица 2

Расстройства аффективного спектра у больных РА

Диагностические критерии МКБ-10	Шифр	Абсолютное число	%
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Смешанная тревожная и депрессивная реакция	F43.22	28	26,7
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Пролонгированная депрессивная реакция	F43.21	19	18,1
Умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами	F32.11	18	17,1
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	F41.2	12	11,4
Легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами	F32.01	11	10,5
Органическое непсихотическое депрессивное расстройство	F06.36	9	8,6
Рекуррентное депрессивное расстройство текущий эпизод умеренной тяжести с соматическими симптомами	F33.11	4	3,8
Другие реакции на тяжелый стресс	F43.8	4	3,8

продолжительная депрессивная реакция (19 пациентов, 18,1%). Расстройство приспособительных реакций возникло спустя некоторое время (от года до пяти лет) после дебюта РА, который больные расценивали как стрессовое жизненное событие, как катастрофу, нарушившую их жизненные планы. Кроме депрессивного или депрессивно-тревожного настроения, которые по уровню соответствовали умеренным расстройствам, нарушения адаптации имели свои особенности: настроение во многом зависело от течения основного заболевания, от выраженности болевого симптомокомплекса, тесно связанного с вегетативными симптомами. Внимание больного было в большей степени приковано к проявлениям РА. Были выраженными явления физической (в большей степени) и психической астении, усиливающиеся к вечеру. Пациенты пессимистически оценивали не только настоящее, но и будущее. Однако пессимистическая оценка никогда не касалась прошлого, доболлезненного периода. В структуре депрессивных и смешанных тревожно-депрессивных пролонгированных реакций могла присутствовать раздражительность. Но вспышки ее были кратковременными, неяркими и заканчивались усилением угнетенного настроения и астении.

Второе место по частоте (29 чел., 27,6%) занимали умеренные (17,1%) и легкие (10,5%) депрессивные эпизоды с соматическими симптомами, которые тоже возникали на фоне РА. Отнесение их к той или иной категории расстройств настроения, согласно МКБ-10, представляло большие затруднения и было весьма условным. Больные не расценивали основное заболевание как жизненную катастрофу, хотя на какое-то время оно выключало их из привычного жизненного уклада. Можно полагать, что депрессия, возникающая через пять и более лет от начала заболевания, связана не столько с наруше-

нием адаптации, сколько с самим ревматическим процессом непосредственно или опосредованно. Причем у этой категории пациентов ни при клиническом, ни при психологическом обследовании (проба Шульте) не было выявлено нарушений, свидетельствующих о наличии психоорганического синдрома.

Обращает на себя внимание выраженность соматовегетативных проявлений. Однако большую обеспокоенность пациентов вызывало сниженное настроение. Отмечалась зависимость его не только от степени выраженности клинических проявлений основного заболевания, но и от внешних условий существования. Констатировалась повышенная чувствительность больных к внешним неприятным жизненным ситуациям, фиксация на них, при снижении реакции на события или деятельность, которые раньше вызывали положительный ответ. То есть имело место сужение круга положительного эмоционального реагирования. Несмотря на сравнительно неглубокий уровень депрессивных расстройств, были значительно выраженными тахикардия, боли в области сердца. Кроме того, наблюдалась повышенная потливость, «игра вазомоторов». Характерным было наличие ярких красочных сновидений, не всегда соответствующих депрессивному настроению.

Если указанные изменения регистрировались на фоне умеренного психоорганического синдрома, диагноз изменялся на органическое непсихотическое депрессивное расстройство.

Рекуррентное депрессивное расстройство, отмечаемое у 4 пациентов (3,8%), характеризовалось тем, что депрессивные эпизоды (тяжелый без психотических симптомов – у 1-го; умеренный с соматическими симптомами – у 3-х, причем у 2 из них повторные) были выявлены до анализируемого соматического заболевания.

К другим реакциям на тяжелый стресс (4 пациента, 3,8%) отнесены случаи выраженных «нзогенных реакций» с ригидной ипохондрией, когда тщательно регистрировались малейшие признаки телесного неблагополучия и вырабатывался свой, щадящий, «предохраняющий» режим существования.

Шкала тревоги Гамильтона показала умеренное повышение уровня тревоги $15,94 \pm 0,60$, с преобладанием соматической тревоги – $8,32 \pm 0,33$, над психической – $7,56 \pm 0,35$.

Психосоматические соотношения четко прослеживаются в тесных корреляционных связях как между отдельными составляющими шкалы депрессии Гамильтона, так и между ними и другими психологическими и соматическими характеристиками пациентов. И хотя величина коэффициента корреляции сама по себе невелика, достаточный объем клинических исследований делает её достоверной. Некоторые из указанных выше корреляционных связей представляют значительный интерес и могут служить поводом для детального анализа и об-

суждения. Такие характеристики, как возраст и длительность заболевания, имеют положительную достоверную ($p < 0,05$) корреляционную связь с уровнем депрессии ($r = +0,15$, $r = +0,21$ соответственно). С возрастом у пациентов с большей длительностью заболевания возрастает уровень депрессии. Чем ниже уровень образования, тем выше уровень депрессии ($r = -0,26$).

Уровень социальной фрустрированности можно рассматривать как показатель качества жизни пациента, как меру удовлетворенности-неудовлетворенности (поскольку он построен на основе метода полярных профилей) в различных жизненных сферах. Установлены слабые достоверные ($p < 0,05$) отрицательные корреляционные связи уровня депрессии и уровня социальной фрустрированности в целом, а также таких составляющих, как удовлетворенность физическим состоянием, удовлетворенность психоэмоциональным состоянием ($r = -0,38$, $r = -0,30$, $r = -0,28$ соответственно). Наиболее неблагоприятные сферы, влияющие на уровень депрессии, – это удовлетворенность своим физическим и психоэмоциональным состоянием.

Исследование образа жизни пациентов РА продемонстрировало, что чем более активно пациенты проводят свое свободное время, тем ниже у них уровень депрессии. Показатели, характеризующие образ жизни пациентов, частоту посещения театра, концертов, наличие работы для дополнительного заработка, выезды за город, сексуальную потребность, имеют достоверную ($p < 0,05$) отрицательную корреляционную связь с уровнем депрессивных расстройств ($r = -0,28$, $r = -0,24$, $r = -0,33$, $r = -0,27$ соответственно).

Установлена слабая положительная достоверная ($p < 0,05$) корреляционная связь уровня депрессии с характеристиками физического состояния пациентов: выраженность амиотрофии ($r = +0,37$), тест Lee ($r = +0,34$), суставной индекс ($r = +0,36$), суставной счет ($r = +0,34$), число воспаленных суставов ($r = +0,24$), интенсивность боли ($r = +0,24$), длительность скованности ($r = +0,34$). Чем выше активность показателей, характеризующих РА, тем выше уровень депрессии.

В исследовании использовался опросник «ТОБОЛ» (1), направленный на диагностику сложившегося под влиянием болезни паттерна отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медицинскому персоналу, родственникам и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит). Можно диагностировать 12 типов отношения к болезни: тревожный, ипохондрический, анозогнозический, сенситивный, эргопатический, гармоничный, эгоцентрический, паранояльный, апатический, неврастенический, меланхолический, дисфорический, а также смешанный и диффузный типы. Отношение к болезни у каждого больного можно изобразить в виде профиля, в котором каждый тип представлен той или иной ме-

рой количественного выражения. Сумма гармонического, анозогнозического и эргопатического компонентов отношения к болезни составляет I блок ТОБОЛ, характеризующий более адаптивное отношение к болезни. Суммарная доля тревожного, ипохондрического, неврастенического, меланхолического и апатического компонентов представляет II блок, характеризующий интрапсихическую направленность, а доля оставшихся четырех типов (сенситивного, эгоцентрического, паранояльного и дисфорического), характеризующая так называемую интерпсихическую направленность отношения к болезни, представляет III блок. Кроме того, дополнительно выделены депрессивные тенденции (доля меланхолического и апатического реагирования) и агрессивные (доля паранояльного и дисфорического отношений).

Отношение к болезни – важнейший элемент внутренней картины болезни, который, безусловно, во многом может определять так называемый реабилитационный потенциал. Гармоничное отношение к болезни установлено лишь у каждой четвертой пациентки (23,4%), а у 3/4 регистрировались патологические типы. Почти у половины больных (47,7%) были смешанный и диффузный типы отношения к болезни, в которых наиболее частыми составляющими были ипохондрическое, тревожное и сенситивное реагирование. Среди чистых типов отношения к болезни чаще других регистрировался эргопатический (10,8%), сенситивный (7,2%) и ипохондрический (6,3%). Тревожный, анозогнозический, неврастенический и меланхолические типы были представлены единичными случаями, а апатический, паранояльный и дисфорический в «чистом» виде не зарегистрированы. Наиболее часто у больных РА в структуре отношения к болезни доминировал II блок, объединяющий интрапсихические формы реагирования, несколько реже I блок (более адаптивные формы реагирования на болезнь) и еще реже III блок, характеризующий интерпсихическую направленность реагирования.

Гармоничный и эргопатические типы отношения к болезни, а также I блок в целом в структуре ТОБОЛ, характеризующие более адаптивные формы реагирования, имеют отрицательные достоверные ($p < 0,05$) корреляционные связи с уровнем депрессии ($r = -0,23$, $r = -0,24$, $r = -0,27$ соответственно). С другой стороны, можно отметить наличие достоверных ($p < 0,05$) положительных корреляционных связей уровня депрессии с такими составляющими ТОБОЛ, как: тревожный ($r = +0,26$), неврастенический ($r = +0,31$), меланхолический ($r = +0,26$), дисфорический ($r = +0,34$) типы отношения к болезни, а также со II ($r = +0,28$), III блоками ($r = +0,26$) депрессивными ($r = +0,23$) и агрессивными тенденциями ($r = +0,36$) в структуре ТОБОЛ. Таким образом, пациенты с более высоким уровнем депрессии характеризуются дезадаптивными типами отношения к болезни.

Психические расстройства приобретают в последнее время особую значимость среди всех классов

заболеваний. Особенно часто психические расстройства выявляются у пациентов общесоматических медицинских учреждений, в том числе в ревматологической практике. В нашем исследовании мы обнаружили клинически значимые проблемы психического здоровья у 51,7% больных РА – это расстройства аффективного спектра. Наиболее часто диагностируемой категорией являлось расстройство адаптации (44,8%): смешанная тревожная и депрессивная реакция (26,7%), пролонгированная депрессивная реакция (18,1%). Расстройство приспособительных реакций возникло спустя некоторое время (от года до пяти лет) после дебюта РА, который больные расценивали как стрессовое жизненное событие, как катастрофу, нарушившую их жизненные планы. Второе место по частоте 27,6% занимали умеренные (17,1%) и легкие (10,5%) деп-

рессивные эпизоды с соматическими симптомами, которые также возникали на фоне РА. Наиболее неблагоприятные сферы, влияющие на уровень депрессии, – это удовлетворенность своим физическим и психоэмоциональным состоянием: чем выше активность показателей, характеризующих РА, тем выше уровень депрессии. Пациенты с более высоким уровнем депрессии характеризуются дезадаптивными типами отношения к болезни.

Традиционная система оказания помощи такой категории пациентов недостаточна для своевременного решения диагностических проблем и назначения адекватной терапии. Это требует существенного изменения в организации соответствующей консультативной и лечебной помощи, с развитием новых ее форм, выходящих за рамки специализированной психиатрической службы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман Л.И., Ершов О.Ф., Клубова Е.Б. Динамика типа отношения к болезни у больных алкоголизмом // *Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева*. – 1994. – № 3. – С. 13–21.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. – Л.: НИПНИ им. В.М.Бехтерева. – 1987. – 28 с.
3. Краснов В.Н. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники. Методические рекомендации. – М.: Минздрав России, 2000. – 20 с.
4. Коршунов Н.И., Яльцева Н.В. Ревматоидный артрит: оценка эффективности лечения и некоторые аспекты диалог «врач-больной» // *Тер. арх.* – 1997. – № 5. – С. 33–35.
5. Abdel-Nasser A.M., Abd El-Azim S., Taal E. et al. Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants // *Br. J. Rheumatol.* – 1998. – Vol. 37. – P. 391–397.
6. Barlow J.H., Cullen L.A., Rowe I.F. Comparison of knowledge and psychological well-being between patients with a short disease duration (< or =1 year) and patients with more established rheumatoid arthritis (> or =10 years duration) // *Patient Educ. Couns.* – 1999. – Vol. 38. – P. 195–203.
7. Clemmey P.A., Nicassio P.M. Illness self-schemas in depressed and nondepressed rheumatoid arthritis patients // *J. Behav. Med.* – 1997. – Vol. 20. – P. 273–290.
8. el-Miedany Y.M., el-Rasheed A.H. Is anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis? // *Joint Bone Spine.* – 2002. – Vol. 69. – P. 300–306.
9. DiMatteo M.R., Lepper H.S., Croghan T.W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence // *Arch. Intern. Med.* – 2000. – Vol. 160. – P. 2101–2107.
10. Fifield J., Tennen H., Reisine S. et al. History of affective disorder

and the temporal trajectory of fatigue in rheumatoid arthritis // *Arthritis Rheum.* – 1998. – Vol. 41. – P. 1851–1857.

11. Molarius A., Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women // *J. Clin. Epidemiol.* – 2002. – Vol. 55. – P. 364–370.

12. Murphy H., Dickens C., Creed F. et al. Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis // *J. Psychosom. Res.* – 1999. – Vol. 46. – P. 155–164.

13. O'Connor T.M., O'Halloran D.J., Shanahan F. The stress response and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis: from molecule to melancholia // *Q.J.M.* – 2000. – Vol. 93. – P. 323–333.

14. Pincus T., Griffit J., Pearce S. et al. Prevalence of self-reported depression in patients with rheumatoid arthritis // *Br. J. Rheumatol.* – 1996. – Vol. 35. – P. 879–883.

15. Sewell K.L. Rheumatoid arthritis in older adults // *Clin. Geriatr. Med.* – 1998. – Vol. 14. – P. 475–494.

16. Smarr K.L., Parker J.C., Kosciulek J.F. et al. Implications of depression in rheumatoid arthritis: do subtypes really matter? // *Arthritis Care Res.* – 2000. – Vol. 13. – P. 23–32.

17. Soderlin M.K., Hakala M., Nieminen P. Anxiety and depression in a community-based rheumatoid arthritis population // *Scand. J. Rheumatol.* – 2000. – Vol. 29. – P. 177–183.

18. Suarez-Mendoza A.A., Cardiel M.H., Caballero-Urbe C.V. et al. Measurement of depression in Mexican patients with rheumatoid arthritis: validity of the Beck Depression Inventory // *Arthritis Care Res.* – 1997. – Vol. 10. – P. 194–199.

19. Wolfe F. Determinants of WOMAC function, pain and stiffness scores: evidence for the role of low back pain, symptom counts, fatigue and depression in osteoarthritis, rheumatoid arthritis and fibromyalgia // *Rheumatology (Oxford)*. – 1999. – Vol. 38. – P. 355–361.

20. Yukiooka M., Komatsubara Y., Maeda A. et al. Depressive tendency in patients with RA // *Ryumachi.* – 2002. – Vol. 42. – P. 584–590.

AFFECTIVE DISORDERS IN RHEUMATIC PATIENTS

N. V. Yaltseva, N. I. Korshounov, E. A. Grigoryeva, A. I. Dyakonov

Depression and anxiety are common among rheumatic patients. The purpose of this research is to reduce disability rate among patients with rheumatoid arthritis (RA) and depressive disorders. Instruments: Hamilton Depression and Anxiety scales; attitude towards disease. Clinically significant mental health problems have been found in 51.7% RA-patients. Those are affective spectrum disorders. Prevalent diagnostic categories happen to be adjustment disorder (44.8%), mixed anxious and depressive reactions (26.7%) and protracted depressive reactions (18.1%). Adjustment disorders develop some time after the RA onset (one to five years), and the patients tend to

consider the disease as a disaster that interferes with their life expectations. Then follow moderate (17.1%) and mild (10.5%) depressive episodes with somatic symptoms, with background RA. The Hamilton Anxiety Scale shows a somewhat higher score of 15.94 ± 0.60 , with prevalent somatic anxiety (8.32 ± 0.33), as compared with mental anxiety (7.56 ± 0.35). Depression level seems to be associated with the severity of RA. Patients with more severe depression show more maladjustive attitude towards disease. Current care system for these patients is not effective enough for timely resolution of diagnostic problems and prescribing adequate treatment