

ДЕПРЕССИВНЫЕ ИДЕИ В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ

О. П. Вертоградова, О. В. Целищев

ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России

Депрессия – одна из наиболее часто встречающихся форм психической патологии. Распространенность депрессивных расстройств в общей популяции по оценкам различных авторов составляет от 2 до 11% [8, 10]. Одним из наиболее тяжелых последствий депрессии является суицид, который совершают до 15% больных.

Симптоматология и структурно-динамические психопатологические особенности депрессии при аффективных психозах подверглись глубокому и всестороннему изучению во второй половине прошлого столетия. Классические описания циркулярных депрессий, представленные в трудах Э.Крепелина [9], J.Lange [24], Ю.В.Каннабиха [5], получили дальнейшее развитие в исследованиях отечественных и зарубежных авторов [3, 4, 7, 11, 13, 19–21, 23, 25–27]. При описании психопатологической структуры депрессий со времен Э.Крепелина [9] большое значение уделялось идеаторным нарушениям в виде депрессивных идей самоуничтожения и самообвинения. Подчеркивалось, что их развитие тесно связано с депрессивным аффектом и претерпевает определенные стадии становления, указывалось на их связь с формированием суицидальных проявлений [8, 13, 17]. В то же время в последние годы эта проблема не находила своего дальнейшего развития, несмотря на то, что за это время произошел существенный прогресс в лечении депрессивных расстройств и появились новые антидепрессанты. Остаются нерешенными такие важные вопросы, как связь депрессивных идей с ведущим аффектом (тоской, тревогой, апатией), не изучалась их динамика при применении различных схем современной тимоаналептической терапии, не установлено их прогностическое терапевтическое значение. В последние десятилетия отмечается тенденция к возрастанию числа стертых, атипичных и маскированных форм депрессий, вызывающих трудности диагностики и проведения адекватной терапии [8]. В этом смысле анализ нарушений идеаторной сферы, отражением которых являются

депрессивные идеи самоуничтожения и виновности (самообвинения), может существенно оптимизировать диагностику депрессии и прогноз эффективности проводимой терапии.

Целью исследования явилось выявление закономерностей проявления депрессивных идей малочисленности и самообвинения при различных синдромальных вариантах рекуррентной и биполярной непсихотической депрессии, установление факторов риска их развития и взаимосвязи с другими депрессивными симптомами.

Характеристика материала и методы исследования

В исследование был включен 121 больной (54 муж. и 67 жен.) в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст $32,5 \pm 3,9$ лет) с умеренной или тяжелой депрессией без психотических симптомов, находившихся на лечении в Московском НИИ психиатрии. Депрессивный эпизод в рамках биполярного расстройства (F31.3; F31.4) имел место в 56 случаях (46,3%), единственный депрессивный эпизод (F32.1; F32.2) – в 19 (15,7%), рекуррентное депрессивное расстройство, повторные эпизоды (F33.1; F33.2) – в 82 (67,8%). Длительность заболевания составила от 1 месяца до 6 лет (в среднем $6,8 \pm 1,1$ лет). Длительность депрессивного эпизода до поступления в клинику – от 7 дней до 4 месяцев (в среднем $21,6 \pm 1,2$ дней).

Отбор больных в исследование проводился на основании следующих критериев: 1) соответствие диагностическим критериям умеренного и тяжелого депрессивного эпизода без психотических симптомов при биполярном аффективном расстройстве (F31.3, F31.4), депрессивном эпизоде (F32.1, F32.2) и рекуррентном депрессивном расстройстве (F33.1, F33.2) по МКБ-10; 2) выраженность депрессивной симптоматики не менее 17 баллов по шкале Гамильтона (17 пунктов).

Критериями исключения являлись: 1) депрессии психотического уровня, а также депрессии с актив-

ными суицидальными тенденциями; 2) коморбидные психические заболевания (генерализованное тревожное и обсессивно-компульсивное расстройство, алкоголизм, наркомания, органические психические расстройства и др.).

Наследственная отягощенность психической патологией у родственников первой линии родства отмечалась у 26 больных, из них аффективными психозами – у 16 больных, шизофренией – у 4, эпилепсией – у 1, психопатией – у 5 больных.

Структуру личности больных до развития заболевания в 34 случаях можно было охарактеризовать как гармоничную, в 8 – как гипертимную, в 27 – гипотимную, в 31 – психастеническую, в 7 – истероидную, в 4 – эпилептоидную и в 8 – шизоидную. Таким образом, преобладали личности с гипотимными и психастеническими чертами характера. Во всех случаях личностные особенности не выходили за рамки акцентуации.

Развитию аффективного эпизода у 82 больных предшествовали различные ситуационно-средовые стрессовые факторы. Соматические заболевания (грипп, ОРВИ и др.) отмечались у 12 больных, физические и интеллектуальные перегрузки – (переутомление, нарушение режима сна и отдыха) – у 32 больных, слабые психосоциальные стрессовые факторы (ссора с родителями, конфликты в семье и на работе, смена места работы, увольнение и др.) – у 46, тяжелые психосоциальные стрессы (развод или уход супруга, супружеская неверность, насилие, тяжелая болезнь или смерть близкого родственника, судебная ситуация и др.) – у 4 больных.

В зависимости от преобладающего депрессивного аффекта все депрессивные эпизоды были разделены на три группы – депрессию с преобладанием аффекта тоски, тревоги и апатии, в рамках которых и проводился структурный психопатологический анализ.

Для выявления факторов риска развития депрессивных идей малоценности (самоуничтожения) и самообвинения (виновности) был проведен сравнительный клинико-статистический анализ двух групп больных. Основную группу составили 59 больных, перенесших 73 депрессивных эпизода в структуре которых имели место отчетливые идеи самообвинения и малоценности. Контрольную группу – 41 больной, перенесший 48 депрессивных эпизодов, у которых депрессивных идей не отмечалось. Сравнительной оценке были подвергнуты такие факторы как пол, возраст, диагноз аффективного расстройства, психопатологическая структура депрессии и степень ее выраженности, длительность заболевания, наличие наследственной отягощенности психическими заболеваниями у родственников первой линии родства, а также характер перенесенных вредностей, ситуационно-средовые стрессовые факторы и структура личности больных.

Полученные результаты подвергались статистической обработке в соответствии с принятыми в

медицинских исследованиях методами. Для оценки различий между средними величинами использовался метод t-Стьюдента, для сравнительной оценки частоты встречаемости качественных признаков – критерий «Хи-квадрат» и точный критерий Фишера. Для поиска клинических показателей, имеющих прогностическое значение, был применен попарный корреляционный анализ.

Результаты исследования

С тоскливой депрессией было проанализировано 46 больных, перенесших 56 депрессивных эпизода. Из них биполярное аффективное расстройство имело место в 9 наблюдениях, единственный депрессивный эпизод – в 8 и рекуррентное депрессивное расстройство – в 39. Выраженность депрессии по шкале Гамильтона составляла от 18 до 29 баллов, в среднем – $26,8 \pm 1,8$ баллов.

Клиника депрессий с ведущим аффектом тоски характеризовалась подавленным, угнетенным настроением, которое больные описывали как «тяжесть на душе», «отсутствие радости», «тягостность переживания», «чувство душевной боли», «ощущения как будто железо или камень на душе», «сердце окаменело». Клиническое содержание данного симптома определялось характерной триадой: подавленным настроением, угнетением идеаторных процессов, двигательной заторможенностью со снижением побуждений. Ведущим являлся аффект тоски, грусти. При этом его выраженность значительно варьировала от легкой подавленности до глубокой тоски с витальными проявлениями. В 42 случаях имели место переживания выраженной витальной тоски, безысходного, тягостного чувства душевной боли, сочетающегося с застывшим выражением скорби и страдания на лице, малоподвижной и согнутой позой. В 18 случаях на фоне доминирующего аффекта тоски отмечались элементы тревоги – 10 наблюдений или апатии – 8 наблюдений.

Деперсонализационные проявления с чувством изменения собственного «Я» (стал не такой, потерял жизнерадостность, уверенность в себе, прежнюю общительность), безрадостности восприятия окружающего мира, ощущение пелены перед глазами отмечалось у 28 больных.

Характерным являлось наличие гипо- или ангедонии, проявляющейся в неспособности получать радость, удовольствие от окружающего и привычной деятельности.

У больных депрессией с преобладанием аффекта тоски депрессивные идеи (пессимистические мысли) выявлялись в 42 наблюдениях (75%). Наиболее часто регистрировались идеи малоценности и самоуничтожения – 38 наблюдений (67,9%). Идеи самообвинения (виновности) наблюдались в 32 случаях (57,1%), в 28 (50%) они сочетались с идеями малоценности. Депрессивные идеи были тесно связаны с идеаторным компонентом депрессии и вытекали из общей пессимистической нап्रा-

вленности мышления. Эти идеи можно было разделить на три группы.

Первая группа включала в себя мысли, относящиеся к настоящему. В любом событии больные замечали только отрицательную грустную сторону. Говорили, что им ничего не удастся, что они неудачники, что у них ничего не получается, что они потеряли уверенность в себе. К любому возможному успеху относились критически. Идеи малоценности и самоуничижения выступали как переживание несостоятельности, ограничения физических и умственных способностей и возможностей, заниженной самооценки, неспособности выполнять домашние и профессиональные обязанности.

Вторая – была связана с представлением о будущем. Больные ожидали самого худшего, рисуя перед собой безнадежные перспективы. Фабула этих переживаний была разнообразной. Они могли предвидеть неудачи в работе, финансовый крах, несчастья в семье, собственные болезни и болезни близких родственников.

Третью группу составляли мысли, обращенные в прошлое. Формирование этих мыслей происходило на фоне аффекта тоски и сопровождалось необоснованным ощущением собственной вины. Депрессивные идеи сопровождались «дезактуализацией» всего того, что не входит в субъективный мир страданий, в том числе и дезактуализацией собственного «Я» [13]. Переживания больных были обращены в прошлое, которое представлялось им как длинная череда ошибок и заблуждений, которые уже нельзя исправить. При этом ощущение вины было направлено на себя, а не на окружающих (альтруистическая направленность переживаний) [12]. Приятные, эмоционально положительные события вытеснялись из памяти, в отличие от негативных, которые, по мнению больного, только подтверждали их ничтожность и несостоятельность. Вспоминались ошибки, поступки, упущения, которым придавалось преувеличенное значение – «вина упущений» [2], в отличие от «моральной вины». При этом чувство мучительной тоски во многом определяло содержание мыслей больного. Сознание больных было заполнено мрачными мыслями о безысходности своего состояния, неизлечимости, непригодности к жизни в семье, профессиональном и социальном крахе, переживаниями моральной ответственности за свои поступки. На этом фоне могли эпизодически возникать неоформленные суицидальные мысли различной степени аффективной насыщенности – так называемые антивита́льные переживания [8] – мысли о желательности смерти без суицидальных намерений как таковых. Антивита́льные переживания регистрировались в 12 наблюдениях (21,4%) в группе больных тоскливой депрессией и выявлялись в 2 раза чаще при наличии в структуре депрессии идей малоценности и самообвинения, соответственно в 23,8% и 14,2% случаев.

Занимая значительное место в структуре депрессии, идеи малоценности и самообвинения характе-

ризовались уровнем сверхценных образований, так как всегда, в отличие от бредовых идей, оставались психологически понятными и опирались на реальные события, имевшие место в прошлом или ожидаемые в будущем. Этим событиям придавалось преувеличенное значение, «калькуляция неудач» сопровождалась чувством вины. В то же время у больных сохранялся контроль над истинным положением их реальных дел, они понимали, что не все так катастрофично, как им рисует воображение. При колебании глубины депрессии и улучшении общего состояния с исчезновением идеаторной и моторной заторможенности, как правило, в вечернее время, депрессивные мысли воспринимались как чуждые, несоответствующие реальной действительности, сопровождалась чувством отторжения и сопротивления, приближаясь, таким образом, к навязчивостям. Феноменологически они напоминали навязчивые воспоминания или овладевающие представления [15].

По мнению В.Н.Краснова [8] обращение к одним и тем же пессимистически окрашенным воспоминаниям и представлениям – депрессивный моноидеизм характерен для идеаторных нарушений при депрессии и сближает их с навязчивостями, хотя полностью не смыкается с ними.

С тревожной депрессией было проанализировано 20 больных, перенесших 22 депрессивных эпизода. Из них биполярное аффективное расстройство имело место в 3 наблюдениях, единственный депрессивный эпизод – в 2 и рекуррентное депрессивное расстройство – в 17 наблюдениях. Выраженность депрессии по шкале Гамильтона составляла от 20 до 26 баллов, в среднем – $25,4 \pm 1,6$ баллов.

При данном варианте депрессии, наряду с собственно депрессивными проявлениями, ведущее место занимало чувство тревоги и безотчетного страха. При этом тревога определялась как отрицательная эмоция, направленная в будущее и характеризующаяся ощущением неопределенной угрозы. В 12 случаях структура депрессии определялась изолированным аффектом тревоги. В 6 наблюдениях, наряду с доминированием аффекта тревоги, имелись проявления тоски, а в 4 наблюдениях – апатии. Таким образом, отмечалась полимодальность ведущего аффекта. При этом в 8 наблюдениях тревожный аффект ощущался как внутреннее беспокойство, в 10 наблюдениях в опасениях, близких к тревожным, а в 4 – как ощущение надвигающейся беды, угрозы жизни.

Ангедония занимала значительно меньший удельный вес, чем при тоскливой депрессии и преимущественно носила не тотальный, а парциальный характер [16]. Проявления парциальной ангедонии фиксировались в 8 наблюдениях (36,4%).

Идеи малоценности и самообвинения регистрировались в 12 наблюдениях (54,5%), из них идеи малоценности – в 10 (45,5%), идеи самообвинения – в 6 (27,3%). Сочетание идей малоценности и самообвинения имело место в 4 наблюдениях (18,2%).

При этом направленность переживаний, в отличие от больных с тоскливой депрессией, была ориентирована не в прошлое, а в будущее. На фоне беспредметной тревоги возникали наплывы овладевающих тревожных представлений о возможных предстоящих неприятностях (увольнение с работы, болезни, развод и др.). Данные переживания распространялись на ближайших родственников, родителей, детей, мужа, жену. На фоне тревожных опасений формировались идеи малоценности со снижением самооценки и чувством неуверенности в своих силах и возможностях. Больные отмечали свою неспособность противостоять надвигающимся трудностям и проблемам, физическую и интеллектуальную несостоятельность.

Идеи самообвинения фиксировались позже, чем идеи малоценности, и в основном были связаны с упреками в свой адрес перед родственниками и сослуживцами о том, что не оказали им соответствующую помощь и поддержку и не смогли предотвратить возможные грозящие им и самому себе неприятности в будущем.

Во всех случаях депрессивные идеи были психологически понятны и носили сверхценный характер. При уменьшении глубины депрессии приближались к навязчивым образованиям.

На фоне усиления идеаторных переживаний, нарастания чувства безысходности и бесперспективности, в 3 наблюдениях (13,6%) регистрировалось появление неоформленных суицидальных идей и высказываний (антивитальных мыслей) без суицидальных намерений. Типичным были высказывания подобного рода: «лучше бы было заснуть и не проснуться, зачем так дальше жить» и т.п. В то же время у больных тревожной депрессией без идей малоценности и самообвинения антивитальных переживаний не обнаруживалось.

С апатической депрессией было проанализировано 34 больных, перенесших 43 депрессивных эпизода. Из них биполярное аффективное расстройство имело место в 8 наблюдениях, единственный депрессивный эпизод – в 9 и рекуррентное депрессивное расстройство – в 26 наблюдениях. Выраженность депрессии по шкале Гамильтона составляла от 18 до 27 баллов, в среднем – $25,8 \pm 1,2$ баллов.

Анализ при данном синдромальном варианте депрессии позволил выделить ряд важных клинических закономерностей. Так, на фоне общего снижения настроения – гипотимии, гипо- и ангедонии, элементов тоски и тревоги доминирующим аффектом выступила апатия. В отличие от тоски, сопровождающейся чувством душевной тяжести, апатия характеризовалась ощущением вялости, снижением энергии, неспособностью заставить себя что-либо делать. Это в первую очередь выражалось в уменьшении интереса к окружающему, равнодушии, снижении желаний, влечений, потребностей, невозможности умственного и физического напряжения. При этом, чем более выражен апатический

компонент, тем больше выражено чувство бессилия и адинамии, ослабление побуждений. Идеаторные процессы были замедлены, истощаемы. Отмечалось замедление темпа мышления, уменьшение количества ассоциаций, трудности в сосредоточении внимания.

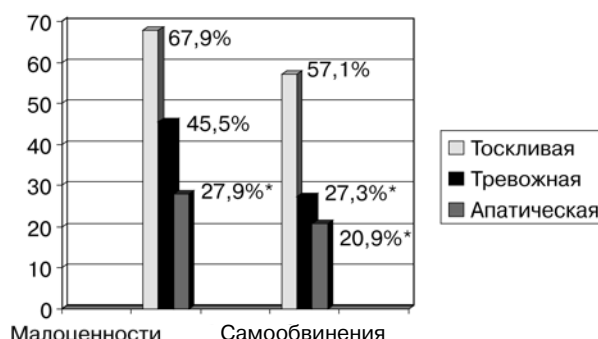
Лишь в 29 наблюдениях структура депрессий определялась единственным проявлением апатии. В 9 случаях на фоне доминирующего апатического аффекта отмечалась тоска и в 5 случаях тревога. При этом апатический аффект определялся как выраженное безразличие в 32 наблюдениях, как полная апатия с безразличием к обычным интересам, работе, привычным обязанностям – в 11 наблюдениях.

Двигательное торможение было представлено во всех наблюдениях. При этом чаще оно было выражено умеренно, реже (6 наблюдений) имело выраженный характер и приближалось к субступорозному. Депрессивная триада проявлялась большей выраженностью моторной заторможенности, по сравнению с идеаторной.

Депрессивные идеи малоценности и самообвинения выявлялись в 19 наблюдениях (44,1%). Они в процентном отношении встречались значительно реже, чем при тоскливых (75%; $p < 0,05$) и тревожных (54,5%) депрессиях и во всех случаях имели неразвернутый, нестойкий сверхценный характер. Апатические явления отражались в фабуле идей самообвинения и самоуничтожения. Больные винили себя в том, что из-за инертности и пассивности, неспособности к умственной и физической работе не могут содержать семью, воспитывать детей, являются обузой для общества. При этом собственно идеи малоценности имели место в 16 наблюдениях (37,2%), идеи самообвинения в 12 (27,9%) и их сочетание в 9 наблюдениях (20,9%).

Сравнительная частота встречаемости идей малоценности и самообвинения при различных синдромальных вариантах депрессии представлена на рисунке.

Результаты сравнительного анализа двух групп больных с наличием или отсутствием депрессив-



*значимые различия по отношению к тоскливой депрессии $p < 0,05$

Сравнительная частота встречаемости идей малоценности и самообвинения при различных синдромальных вариантах депрессии

Сравнительная частота встречаемости различных признаков у больных с наличием в структуре депрессивного синдрома депрессивных идей малоценности и самообвинения (основная группа) и без них (контрольная группа)

Показатель	Основная группа (n=73)	Контрольная группа (n=48)
1. Пол Мужчины (n=54) Женщины (n=67)	33 (45,2%) 40 (54,7%)	21 (43,7%) 27 (56,3%)
2. Возраст До 40 лет (n=107) Старше 40 лет (n=14)	63 (86,3%) 10 (13,7%)	44 (91,7%) 4 (8,3%)
3. Диагноз Биполярное расстройство (n=20) Депрессивный эпизод (n=19) Рекуррентная депрессия (n=82)	13 (17,8%) 10 (13,7%) 50 (68,5%)	7 (14,6%) 9 (18,7%) 32 (66,7%)
4. Ведущий аффект Тоска (n=56) Тревога (n=22) Апатия (n=43)	42 (57,5%) 12 (16,4%) 19 (26,0%)	14 (29,2%)* 10 (20,8%) 24(50,0%)
5. Длительность заболевания (в годах)	6,6±1,4	6,8±1,2
6. Тяжесть депрессии более 26 баллов по шкале Гамильтона (n=59)	48 (65,8%)	11 (22,9%)*
7. Наследственная отягощенность психическими заболеваниями (n=26)	18 (24,7%)	8 (16,7%)
8. Органическая недостаточность ЦНС (n=19)	12 (16,4%)	7 (14,6%)
9. Экзогенные провоцирующие факторы (инфекции, интоксикации и др.) (n=12)	7 (9,6%)	5 (10,4%)
10. Ситуационно-средовые стрессовые факторы (n=82)	61(83,6%)	21 (43,8%)*
11. Структура личности Гармоничная (n=25) Гипотимная и психастеническая (n=48)	14 (19,2%) 36 (49,3%)	11(22,9%) 12(25,0%)*

Примечания: * – достоверные различия – $p < 0,01$.

ных идей по основным социо-демографическим и клиническим показателям представлены в таблице.

Как видно из этих данных такие факторы, как возраст, пол, длительность заболевания, биполярность течения не оказывали значимого влияния на формирование депрессивных идей малоценности и самообвинения.

Из 11 проанализированных признаков существенные различия между группами ($p < 0,01$) были выявлены только по 4 показателям, к которым относятся преобладание в качестве ведущего депрессивного аффекта тоски, тяжесть депрессии более 26 баллов по шкале Гамильтона, предшествующие развитию депрессивного эпизода различные ситуационно-средовые стрессовые факторы и особенности структуры личности больных с преобладанием тормозных–гипотимных или психастенических черт.

Так, депрессивные идеи регистрировались в 2–2,5 раза чаще при тоскливой депрессии, чем при тревожной и апатической депрессии ($p < 0,01$). При этом частота развития депрессивных идей была прямо пропорциональна тяжести депрессивного эпизода ($p < 0,01$). Важную роль в формировании депрессивных идей имела структура личности больных и наличие предшествующих развитию депрессии ситуационно-средовых факторов. Тормозные–гипотимные и психастенические преморбидные личностные характеристики встречались в 2 раза чаще при наличии депрессивных идей по сравнению с больными контрольной группы ($p < 0,01$). Различные ситуационно-средовые стрессовые факторы также встречались в два раза чаще у больных основной группы по сравнению с контрольной, что может указывать на важную роль психотравмирующих событий в формировании депрессивных идей.

Наибольшую корреляционную зависимость ($r = 0,41$) показали такие факторы, как общая тяжесть депрессии выше 26 баллов по шкале Гамильтона и предшествующие развитию депрессии ситуационно-средовые стрессовые факторы. Более низкую корреляционную зависимость показали преобладание в структуре депрессии аффекта тоски ($r = 0,28$), а также структура личности с преобладанием гипотимных и психастенических черт характера.

Обсуждение

Таким образом, исследование показало высокую встречаемость депрессивных идей самообвинения и самоуничтожения при моно- и биполярных депрессиях непсихотического уровня и связь их развития с ведущим депрессивным аффектом.

В результате проведенного исследования было установлено, что при непсихотической (простой циркулярной или периодической) депрессии (melancholia simplex) по Э.Крепелину [9] идеи малоценности и самоуничтожения выявляются в 73 из 121 депрессивных эпизодов (60,3%). Их развитие тесно связано с глубиной и характером ведущего депрессивного аффекта – тоской, тревогой, апатией и вытекает из общей депрессивной направленности мышления с депрессивной переоценкой настоящего, будущего и прошлого.

Выявленные закономерности согласуются в целом с данными литературы [11, 13, 17].

Известно, что фабула депрессивных идей зависит от их временной направленности. Обращенность в прошлое и его пессимистическая оценка приводит к развитию чувства вины, идей самообвинения и собственной греховности, наплывам мрачных воспоминаний. Депрессивная оценка настоящего – к развитию идей малоценности и самоуни-

чижения, а будущего – к идеям собственной неполноценности и «убожества» [18].

В основе формирования депрессивных переживаний вообще и депрессивных идей в частности лежат изменения, наступившие или развивающиеся в сомато-психическом «Я» [13]. Дистанция между прежним «Я» больного и переживаемым состоянием начинает сокращаться, а затем и исчезает. Возникающие депрессивные идеи не выходят за рамки сверхценных образований и на короткое время могут подвергаться коррекции, что в целом подтверждает и исследование.

В результате проведенного сравнительного анализа были установлены факторы, способствующие формированию депрессивных идей, к числу которых относятся особенности структуры личности больных и наличие перенесенных психотравмирующих социально-стрессовых переживаний до развития депрессивной фазы.

Выявленные закономерности согласуются с данными о роли личности больных и ее реагирования на психотравмирующие факторы в развитии депрессивной фазы вообще, и формировании депрессивных идей в частности [7, 13, 27].

Выводы

1. При непсихотической депрессии у больных аффективными расстройствами идеи малоценности (самоунижения) и самообвинения (виновности) выявляются в 60,3% случаев и носят сверхценный характер. Они являются неотъемлемой идеаторной составляющей депрессивного синдрома и производными от общей депрессивной направленности мышления и существенно варьируют в зависимости от ведущего депрессивного аффекта – тоски, тревоги или апатии.

2. Наиболее часто и в развернутом виде идеи самообвинения и малоценности выявляются у больных тоскливой депрессией (75%) и значительно реже при тревожной (54,5%) и особенно апатической (44,1%; $p < 0,05$).

3. При тоскливой депрессии идеи самообвинения и малоценности обращены на себя и преимущественно направлены в прошлое, которое представляется как длинная череда ошибок и заблуждений. При тревожной депрессии направленность переживаний ориентирована в будущее и сопровождается наплывом овладевающих тревожных представлений и навязчивых опасений о предполагаемых предстоящих неприятностях. Для апатической депрессии характерна малая развернутость и представленность депрессивных идей на фоне общего брадипсихизма и двигательной заторможенности. При всех синдромальных вариантах депрессии отмечена связь депрессивных идей с антивитальными мыслями.

4. К факторам, способствующим формированию депрессивных идей относятся: наличие в качестве ведущего депрессивного аффекта тоски, выраженность депрессии более 26 баллов по шкале Гамильтона, предшествующие развитию депрессивного эпизода различные ситуационно-средовые стрессовые факторы и особенности структуры личности больных с преобладанием тормозных–гипотимных или психастенических черт.

5. Выявление депрессивных идей и их психопатологическая оценка являются важным моментом в диагностике депрессии, определении эффективности проводимой терапии и качества достигнутой ремиссии, а также в предотвращении суицидов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арапбаева Ч.А. Психопатология эндогенных апатических депрессий // Журн. невропатол. и психиатр. 1995. Том 95, № 4. С. 47–50.
2. Вайбрехт Х.И. Депрессивные и маниакальные эндогенные психозы // Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Груле. Пер. с нем. М.: Медицина, 1967. С. 59–101.
3. Вертоградова О.П. Актуальные проблемы ранней диагностики депрессий // Материалы 4 Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. М., 1980. С. 533–536.
4. Вовин Р.Я., Аксёнова И.О. Затяжные депрессивные состояния. Л.: Медицина, 1982. 192 с.
5. Каннабих Ю.В. Циклотимия (Cyclotimia); ее симптоматология и течение. М., 1914.
6. Краснов В.Н. К вопросу о роли ситуационных факторов в клинической динамике эндогенных депрессий // Стресс и психическая патология. М., 1983. С. 65–71.
7. Краснов В.Н. Клинико-патогенетические закономерности динамики циркулярных депрессий: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1987. 278 с.
8. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 431 с.
9. Крепелин Э. Введение в психиатрическую науку. 4-е изд. М., 1923.
10. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб., 1995. С. 209–410.
11. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. Л.: Медицина, 1981. 207 с.
12. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. Берлин, 1923. 788 с.
13. Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика). М., 1975. 192 с.
14. Смулевич А.Б. Клинико-фармакологические эффекты антидепрессантов // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. № 1. С. 3–6.
15. Снежневский А.В. Клиническая психопатология. Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1983. С. 16–98.
16. Степанов И.Л. Ангедония как диагностический, прогностический и дезадаптивный фактор при различных типах депрессий (феноменология, динамика, принципы терапии): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2004. 47с.
17. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. М., 2005. 306 с.
18. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. 1056 с.
19. Akiskal H.S. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: Beyond DSM-IV // J. Clin. Psychopharmacol. 1996. Vol. 16, Suppl. P. 4S–14S.
20. Angst J. Course of affective disorders // Handbook of biological psychiatry / van Praag (Ed.). New York: Marcel Dekker, 1981. P. 225–242.
21. Dunner D., Hausel B., Fieve R. Bipolar illness: Factor in drinking behavior // Am. J. Psychiatry. 1979. Vol. 136, N 4. P. 583–585.
22. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness // Br. J. Soc. Clin. Psychol. 1967. Vol. 6. P. 278–296.
23. Kielholz P. Psychiatrische Pharmakotherapie in Klinik und Praxis. Bern, Stuttgart, 1965. 293 s.
24. Lange J. Psychiatrie des praktischen Aries. Munchen, 1929.
25. Lehmann H. Depression. Somatic Treatment. Methods, complications, failures // Depression. Clin. Biol. NY, 1977. P. 235–270.
26. Leonhard K. Aufteilung der Endogenen Psychosen. Berlin, 1957.
27. Petrilowitsch W. Депрессия. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. Москва-Базель, 1970. С. 137–144.
28. Tellenbach H. Melancholie. Berlin, Neidelberg, New-York, 1976. 356 s.

ДЕПРЕССИВНЫЕ ИДЕИ В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ

О. П. Вертоградова, О. В. Целищев

В работе на основании анализа 121 больного представлены результаты структурно-психопатологического анализа непсихотических депрессий у больных рекуррентным и биполярным аффективным расстройством. Прослежены закономерности проявления депрессивных идей малоценности и самообвинения при различных синдромальных вариантах непсихотической депрессии в зависимо-

сти от преобладающего аффекта (тоски, тревоги, апатии), выявлены факторы риска формирования депрессивных идей и показано их важное диагностическое значение.

Ключевые слова: депрессия, депрессивные идеи, ведущий депрессивный аффект, факторы риска появления депрессивных идей.

DEPRESSIVE IDEAS IN THE STRUCTURE OF NON-PSYCHOTIC DEPRESSIONS IN PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS AND RISK FACTORS FOR THEIR DEVELOPMENT

O. P. Vertogradova, O. V. Tselischev

The authors present the results of a structural-psychopathological analysis of non-psychotic depressions in 121 patients with recurrent or bipolar affective disorders. They describe the regularities of depressive ideas of worthlessness or inappropriate guilt in various non-psychotic depressi-

ve syndromes, depending of the prevalent affect (like anguish, anxiety or apathy), and report about the risk factors found and their diagnostic role.

Key words: depression, depressive ideas, prevalent depressive affect, risk factors.

Вертоградова Ольга Петровна – доктор медицинских наук, профессор, на момент написания работы руководитель группы по изучению расстройств аффективного спектра ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России

Целищев Олег Вадимович – врач-психиатр, соискатель ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: olegth@mail.ru