

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ И БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВАМИ

И. Л. Степанов, Е. К. Горячева

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

В литературе поддерживается общая точка зрения об отличиях в частоте выявления депрессивных состояний у женщин и мужчин. В существенно меньшей степени представлены данные по гендерным особенностям структуры депрессивного состояния и социально-психического функционирования депрессивных больных. Женщины страдают депрессией в 2 раза чаще, чем мужчины (это относится и к большой депрессии, и к дистимическим нарушениям, и к тревожным расстройствам) [6]. У страдающих биполярным аффективным расстройством соотношение мужчин и женщин примерно одинаково (I тип чаще встречается у мужчин, II – у женщин, мужчины более склонны к гипоманиакальным фазам, женщины – к депрессивным) [3]. Интерес к гендерным исследованиям в психиатрии вполне очевиден, однако результаты исследований депрессивных состояний интерпретируются неоднозначно.

В 15-летнем проспективном популяционном исследовании не было выявлено различий, соотносящихся с полом, в количестве и продолжительности депрессивных эпизодов. Тем не менее, женщины сообщали о большем количестве симптомов при развитии депрессивного эпизода [17]. Однако в клинических выборках гендерные различия в количестве симптомов менее заметны, отмечаются схожие функциональные нарушения и общая степень тяжести [18], но у женщин чаще в анамнезе отмечается лечение по поводу депрессии [10].

Возможно, имеет место заниженная диагностика депрессии у мужчин и гипердиагностика у женщин вследствие множества факторов: у женщин выявляемость выше за счет более частой обращаемости; проявления болезни, как правило, связаны с социально-психологическими и семейными проблемами, о которых женщины активно сообщают врачу. Мужчины наоборот, не склонны к предъявлению жалоб. Депрессивные состояния у них чаще маскируются проявлением агрессии. Они стремятся самостоятельно справиться с болезненным состоя-

нием – усиливают нагрузки на работе, занимаются агрессивными, экстремальными видами спорта, прибегают к алкоголизации, психоактивным веществам, пытаются вернуть утраченные удовольствия и интерес к жизни [6].

В описаниях депрессивного состояния встречаются симптомы как наиболее характерные для диагностики, так и не вполне относящиеся к таковым по известным критериям. У женщин при депрессии чаще отмечаются симптомы беспокойства, приступы плача, чувство беспомощности, одиночества, суицидальные идеи [11], повышенный аппетит и прибавка массы тела [18]. У них же чаще отмечаются различные боли в теле и поза с опущенной головой (как проявление уныния), не имеющие специального диагностического значения [11]. У мужчин к часто возникающим симптомам относятся: замедление движений, бедность жестов, замедленная речь [11], невербальная враждебность [12], враждебность как черта характера [7, 9] (все эти симптомы не соответствуют типичным диагностическим критериям депрессии у взрослых). Повышенная враждебность может вызывать расстройства поведения в сочетании с депрессией [20].

Некоторые исследователи теоретически сформулировали «мужской депрессивный синдром» [16], который характеризуется внезапными и периодически возникающими приступами гнева, раздражительностью, агрессивным поведением и алекситимией [13, 14, 19].

В данном сообщении гендерный аспект представлен в направлении комплексного сравнительного изучения структуры депрессивного состояния, личностно-волевого компонента (сознательная саморегуляция активности, способность преодолевать препятствия, достигать субъективно поставленную цель) и социального функционирования больных депрессией.

Цель исследования – определение гендерных особенностей структуры депрессивного состояния и социально-психического функционирования с

учетом личностно-волевых характеристик больных аффективными расстройствами.

Материалы и методы исследования

Больные обследовались на базе группы исследования депрессий отделения расстройств аффективного спектра Московского НИИ психиатрии и клинических отделениях психиатрической больницы №4 им.П.Б.Ганнушкина. Всего не выборочно обследовано 103 пациента с депрессивными расстройствами. Вся выборка была разделена на две группы: 60 женщин (58,25%), 43 мужчины (41,75%). Больные по диагнозу, полу, возрасту и социально-демографическим характеристикам распределялись следующим образом (табл. 1, 2). Достоверных отличий между группами женщин и мужчин по исследуемым параметрам не выявлено.

В исследовании использовались следующие методики: шкала депрессии А.Бека (ШДБ) [8], структурированное интервью о наличии общей и личностной ангедонии (ОА) [4], клинико-

анамнестическая и клинико-психопатологическая карты, разработанные в отделе аффективной патологии Московского НИИ психиатрии. Личностный опросник на волевые качества [2], состоящий из 3 исследуемых шкал: общего самоконтроля (волевая саморегуляция), настойчивости и самообладания. Карта оценки социально-психического функционирования (СПФ), разработанная в отделе аффективной патологии Московского НИИ психиатрии [5], включает 7 сфер: а) профессиональная (трудовая деятельность с приобретением средств к существованию); б) бытовая (работа по дому); в) сфера самообслуживания (поддержание личной гигиены и внешнего вида); г) сфера межличностных обязанностей (воспитание детей, оказание помощи, уход за кем-либо); д) способность к осуществлению неформальных контактов и общению; е) сфера интересов и увлечений; ж) сексуальная сфера (способность реализовать половое влечение и репродуктивные функции). Также оценивались качественные особенности и выраженность доминирующего де-

Таблица 1

Диагностические характеристики больных (n=103)

Диагностические категории	Женщины (n=60)	Мужчины (n=43)
Рекуррентное депрессивное расстройство - текущий эпизод легкой степени тяжести - текущий эпизод умеренной степени тяжести - текущий эпизод тяжелой степени тяжести	F33.0 – 20% F33.1 – 48,34% F33.2 – 20%	F33.0 – 16,28% F33.1 – 60,46% F33.2 – 11,63%
Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (без соматических симптомов)	F31.3 – 11,67%	F31.3 – 11,63%

Примечания: количественные различия во всех случаях не достоверны.

Таблица 2

Социально-демографические особенности больных (n=103)

Возраст	Женщины (n=60)		Мужчины (n=43)	
Возрастной диапазон	от 21 до 60 лет		от 19 до 58 лет	
Средний возраст	47,8 ± 10,6		35,37 ± 11	
Уровень образования				
Социальные характеристики больных	Количество		Количество	
	абс.	%	абс	%
среднее специальное	24	40	16	37,2
неоконченное высшее	6	10	7	16,27
высшее	30	50	20	46,51
Семейное положение				
в браке	41	68,3	27	62,8
не замужем (не женат)	19	31,6	16	37,21
Занятость				
работающие	51	85	38	88,37
инвалиды	9	15	5	11,63

Примечание: количественные различия во всех случаях не достоверны.

прессивного аффекта (в соответствии с типологией по О.П.Вертоградовой) [1].

Результаты исследования

При сравнении групп мужчин и женщин по основным клинико-психопатологическим характеристикам (табл. 3) статистически достоверных различий по выраженности средних значений признаков не выявлено, что позволяет значительно сузить круг «влияющих» факторов в проведении межгрупповых сравнений.

В результате проведенного психопатологического и статистического анализов установлено (табл. 4), что в группе женщин при наибольшей выраженности тоскливого аффекта и депрессии в целом (ОА и ШДБ) отмечалось наименьшее значение волевых характеристик, что соответствовало достоверным отрицательным корреляционным соотношениям. Аналогично мужской выборке, волевые характеристики напрямую практически не коррелировали с нарушением СПФ, однако показатель снижения уровня СПФ также, как и у мужчин, имел достоверную положительную связь с глубиной депрессии (ОА, ШДБ) и, в отличие от мужчин, не был связан с выраженностью аффективных компонентов депрессии.

В группе мужчин, в отличие от женщин (табл. 5), выраженность волевых показателей корреляционно не связана с выраженностью ангедонии (ОА) и глубиной депрессии по шкале Бека (ШДБ). Снижение уровня СПФ у мужчин, как и у женщин, зависит от выраженности депрессии в целом (ОА и ШДБ), но в отличие от женщин, достоверно связано с выраженностью аффекта тревоги.

При более детальном рассмотрении средних значений отдельных симптомов шкалы депрессии Бека, ангедонии и сфер СПФ установлены некоторые гендерные различия (табл. 6). По депрессивным симптомам женщины достоверно превосходили мужчин в отношении выраженности «печали» и «суицидальных намерений». Ангедонические симптомы, в целом, показывали недостоверные тенденции в различии по выраженности, наиболее существенные из которых касались нарушений эмоционального переживания «приятного от материальных приобретений» (больше нарушений у мужчин) и восприятие юмора (также хуже у мужчин). Достоверные отличия по ангедонии обнаружены в отношении переживания от приятных звуковых стимулов, с меньшим нарушением у женщин ($p \leq 0,05$). В отношении нарушений СПФ установлено, что у женщин в большей степени затруднено функционирование в сферах «самообслуживание-опрятность» ($p \leq 0,05$) и сексуальной сфере (влечение, оргазм, $p \leq 0,05$).

Обсуждение

Гендерные различия структур депрессивного состояния оказались не столь значительными, как можно было бы предполагать, исходя из данных некоторых исследователей. У женщин выраженность депрессивного состояния (симптомокомплекс ОА и ШДБ) и собственно тоскливого аффекта отчетливо соотносится со снижением волевых характеристик, определяя их «аффективную зависимость», а также влияет на снижение уровня социального функционирования в целом. У женщин депрессивное состояние с доминированием тоскливого

Таблица 3

Сравнение основных клинико-психопатологических характеристик больных

Признаки (диапазон баллов)	Женщины (n=60)		Мужчины (n=43)		
	Среднее значение	Стандартное отклонение	Среднее значение	Стандартное отклонение	p
Волевая саморегуляция (0–24)	9,92	3,50	9,28	4,25	0,4049
Настойчивость (0–16)	6,27	2,96	5,86	3,46	0,5301
Самообладание (0–13)	5,82	1,86	5,77	3,03	0,9013
Общая ангедония (0–78)	46,75	15,59	41,72	14,71	0,1015
Физическая (0–27)	15,25	6,47	13,4	6,17	0,1477
Социальная (0–33)	17,88	7,12	16,19	6,62	0,2242
Интеллектуально-эстетическая (0–18)	13,56	3,84	12,14	3,75	0,0645
Конституциональная (0–78)	0,80	1,45	1,25	2,19	0,2125
Шкала Бека (0–39)	20,20	7,08	18,02	6,98	0,1242
СПФ (0–21)	14,83	4,28	13,60	4,85	0,1764
Тревога (0–3)	2,18	1,08	2,19	1,12	0,9637
Тоска (0–3)	1,23	0,98	1,16	0,81	0,7020
Апатия (0–3)	0,53	0,93	0,53	0,98	1,0000
Дисфория (0–3)	0,42	0,64	0,53	0,66	0,3683

Таблица 4

Корреляционные соотношения основных показателей депрессивного состояния в группе женщин (n=60)

	Волевая саморегуляция	Настойчивость	Самообладание	Общая ангедония	ШДБ	СПФ
Волевая саморегуляция	1,00	0,88*	0,83*	-0,32*	-0,29*	0,05
настойчивость	0,88*	1,00	0,63*	-0,33*	-0,29*	0,06
самообладание	0,83*	0,63*	1,00	-0,27*	-0,26*	0,024
общая ангедония	-0,32*	-0,33*	-0,27*	1,00	0,73*	0,57*
ШДБ	-0,29*	-0,29*	-0,26*	0,73*	1,00	0,66*
тревога	-0,19	-0,12	0,25	0,12	0,06	0,05
тоска	-0,34*	-0,33*	-0,23	0,27*	0,38*	0,08
апатия	-0,13	-0,14	-0,05	0,27*	0,40*	0,22
дисфория	0,06	0,10	0,10	-0,19	-0,20	-0,17

Примечания: достоверность : * – $p \leq 0,05$.

Таблица 5

Корреляционные соотношения основных показателей депрессивного состояния в группе мужчин (n=43)

	Волевая саморегуляция	Настойчивость	Самообладание	Общая ангедония	ШДБ	СПФ
Волевая саморегуляция	1,00	0,82*	0,82*	-0,03	0,02	-0,00
настойчивость	0,82*	1,00	0,84*	-0,07	-0,17	-0,05
самообладание	0,82*	0,84*	1,00	0,14	0,02	0,14
общая ангедония	-0,03	-0,07	0,14	1,00	0,72*	0,71*
ШДБ	0,029	-0,17	0,02	0,72*	1,0	0,65*
тревога	-0,06	-0,12	-0,09	0,56*	0,58*	0,51*
тоска	0,02	-0,04	0,13	0,24	0,16	0,25
апатия	-0,21	-0,28	-0,18	-0,05	-0,03	-0,29
дисфория	0,08	-0,03	-0,06	-0,19	-0,01	-0,06

Примечания: достоверность: * – $p \leq 0,05$.

Таблица 6

Сравнение по отдельным симптомам ШДБ, ОА и сферам СПФ

Признаки	Женщины (n=60)		Мужчины (n=43)		p
	Среднее значение	Стандартное отклонение	Среднее значение	Стандартное отклонение	
Шкала депрессии Бека					
«печаль»	1,717	0,922	1,349	0,813	0,034
«суицидальные мысли и желания»	1,283	0,865	0,907	0,811	0,026
«отвращение к себе»	1,367	0,863	1,325	0,808	0,720
Симптомы ангедонии (снижение или утрата приятного эмоционального переживания)					
«приятное от звуков»	1,349	1,131	1,883	1,180	0,049
«приятное от материальных приобретений»	1,093	1,151	1,950	1,156	0,600
«юмор»	1,256	1,071	1,650	1,147	0,075
Нарушения в сферах социально-психического функционирования					
«самообслуживание, опрятность, внешний вид»	1,817	0,911	1,442	0,959	0,049
«сексуальная сфера»	2,300	0,907	1,977	1,123	0,045

аффекта проявляет себя как генерализованный фактор, нарушающий как социально-психическое функционирование, так и волевые усилия по поддержанию и сохранению его прежнего уровня. Данные психопатологические соотношения могут объяснять большую «типичность» депрессивного состояния у женщин, их большую обращаемость за помощью.

У мужчин депрессивное состояние не столь отчетливо влияет на волевую саморегуляцию (можно говорить о значительно меньшей зависимости волевых проявлений от выраженности депрессивного состояния). Но, при этом, так же, как и у женщин, глубина депрессии соответствует степени снижения уровня СПФ.

Женщины, в отличие от мужчин, имели более выраженные проявления «печали» и антивитальных переживаний, что в значительной степени согласуется с доминирующим влиянием в их состоянии тоски и апатии.

Влияние выраженности собственно аффективно-го компонента (дисфории, тревоги, тоски, апатии) на снижение уровня СПФ у женщин и у мужчин имеет определенные отличия. У мужчин на достоверном уровне наибольшее влияние на снижение уровня СПФ в целом оказывает тревога, а у женщин на уровне тенденций – апатия, сочетающаяся с тоскливым аффектом. Апатия в структуре депрессивного состояния у женщин на уровне тенденций проявляет себя как фактор, ослабляющий волевую саморегуляцию и снижение уровня СПФ, положительно соотносящийся с выраженностью общей ангедонии и депрессии. У мужчин, при аналогичной тенденции к отрицательной корреляционной связи апатии с составляющими волевой саморегуляции, проявляется не вполне объяснимая тенденция к отрицательной корреляции со снижением социально-

го функционирования (СПФ), что требует дальнейшего специального исследования.

Дисфория (в традиционном понимании для отечественной психиатрии), включающая устойчивые проявления раздражительности, вспыльчивости, враждебности, гневливости (оцениваемые рядом авторов как специфическая черта «мужской» депрессии), у мужчин и женщин по выраженности достоверно не различалась и клинически проявляла себя на уровне тенденций, как активирующий социальное функционирование «растормаживающий» фактор. Достоверно не отличался по выраженности у мужчин и женщин такой симптом, как «отвращение к себе», включающий диапазон враждебных эмоций, направленных «на себя».

Женщины в большей степени сохранили способность к восприятию приятных звуков, в остальном ангедонические симптомы не имели достоверных отличий с тенденцией к большей их выраженности у женщин.

На основании проведенного анализа можно сформулировать предварительный вывод о том, что имеются определенные отличия структурных особенностей депрессивного состояния у мужчин, проявляющиеся в меньшей, чем у женщин, зависимости волевой саморегуляции от выраженности депрессивного состояния, с меньшей выраженностью чувства печали и суицидальной наклонности, при доминирующем влиянии тревожного аффекта на нарушения социально-психического функционирования.

У женщин на общее снижение уровня СПФ в большей степени влиял апатический компонент депрессии, но лишь на уровне тенденций. Женщины также хуже справлялись с поддержанием опрятности и внешнего вида и имели наиболее выраженные нарушения психо-эмоционального компонента в сексуальной сфере.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вертоградова О.П. Возможные подходы к типологии депрессий // Депрессия (психопатология, патогенез). М., 1980. С. 9–16.
2. Зверков А.Г., Эйдемн Е.В. Диагностика волевого самоконтроля (опросник ВСК) // Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. М.: Изд-во МГУ, 1990. С. 99–102.
3. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2010. С. 47–48.
4. Степанов И.Л. Ангедония как диагностический, прогностический и дезадаптирующий фактор при различных типах депрессий (феноменология, динамика, принципы терапии): Дисс. ... докт. мед. наук. М., 2004. С. 82, 90, 97.
5. Степанов И.Л. Влияние депрессивного состояния на социально-психическое функционирование (СПФ) больных // Журнал прикладной психологии. 2002. № 4–5. С. 17–22.
6. Тювина Н.А. Депрессия у женщин. М.: Кафедра психиатрии и медицинской психоневрологии ММА им. И.М.Сеченова, 2003. С. 32–62.
7. Angst J., Gamma A., Gastpar M. et al. Gender differences in depression: epidemiological findings from the European Depress I and II studies // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2002. Vol. 252. P. 201–209.
8. Beck A., Beck R. Screening depressed patients in family practice. A rapid technique // Postgrad. Med. 1972. Vol. 52. P. 81–85.
9. Fava M., Nolan S., Kradin R. et al. Gender differences in hostility among depressed and medical outpatients // J. Nerv. Ment. Dis. 1995. Vol. 183. P. 10–14.
10. Kornstein S., Schatzber A., Thase, M. et al. Gender differences in chronic major and double depression // J. Affect. Dis. 2000. Vol. 60. P. 1–11.
11. Kiveld S.-L., Pakkala K. Clinician-rated symptoms and signs of depression in aged Finns // Int. J. Soc. Psychiatry. 1988. Vol. 34. P. 2229–2235.
12. Katz M., Wetzler S., Cloitre M. et al. Expressive characteristics of anxiety in depressed men and women // J. Affect. Dis. 1993. Vol. 28. P. 267–277.
13. Moller-Leimkuhler A., Bottlender R., Strau R.A. et al. Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression? // J. Affect. Dis. 2004. Vol. 80. P. 87–93.
14. Peter B., White A. Big boys don't cry: depression and men // Adv. Psychiatr. Treatment. 2008. Vol. 14. P. 256–262.
15. Rutz W., von Knorring L., Pihlgren H. et al. Prevention of male suicide: lessons from Gotland study // Lancet. 1995. Vol. 345. P. 524.
16. Van Praag H. Serotonin dysfunction and aggression control // Psychol. Med. 1996. Vol. 21. P. 15–19.
17. Wilhelm K., Parker G., Asghari A. Sex differences in the experience of depressed mood state over fifteen years // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1998. Vol. 33. P. 16–20.
18. Young M., Scheftner W., Fawcett J. et al. Gender differences in the clinical features of unipolar major depressive disorders // J. Nerv. Ment. Dis. 1990. Vol. 178. P. 200–203.
19. Zierau R., Billie A., Rutz W. et al. The Gotland Male Depression Scale: a validity study in patients with alcohol use disorders // Nord. J. Psychiatr. 2002. Vol. 56. P. 265–271.
20. World Health Organization: ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva, 1992. F92.0.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ И БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВАМИ

И. Л. Степанов, Е. К. Горячева

Проведено гендерное сравнение между основными психопатологическими, личностно-волевыми симптомами и уровнем снижения социально-психического функционирования при депрессии. Волевые особенности у женщин отчетливо отрицательно коррелировали с тяжестью депрессивного состояния (гипотимией и ангедонией). У мужчин подобной зависимости не выявлено. Снижение уровня социально-психического функционирования в группе женщин

и мужчин одинаково положительно коррелировало с тяжестью депрессии. Однако только у мужчин тяжесть тревожно-депрессивного расстройства прямо достоверно соотносилась со снижением уровня социально-психического функционирования.

Ключевые слова: депрессия, гендерные отличия, волевые признаки, социальное функционирование.

GENDER DIFFERENCES IN THE STRUCTURE OF DEPRESSIVE CONDITION AND THE SOCIAL FUNCTIONING OF PATIENTS WITH RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER AND BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

I. L. Stepanov, E. K. Goryacheva

The researchers report the data concerning comparison of principal psychopathological, personality and volitional symptoms and the degree of deterioration of social and mental functioning in male and female patients in depression. Volitional characteristics of females show a distinct negative correlation with the severity of depression (hypothymia and anhedonia). For males such a relation is missing. Decreased levels of social and mental

functioning show a positive correlation with severity of depression in both male and female patients. But only for males, the severity of anxious-depressive disorder shows a significant correlation with decreased levels of social and mental functioning.

Key words: depression, gender differences, volitional characteristics, social functioning.

Степанов Игорь Львович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник группы исследования депрессий, отделения расстройств аффективного спектра ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России

Горячева Елена Константиновна – аспирант группы исследования депрессий, отделения расстройств аффективного спектра ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: cynami@bk.ru