

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТИПОЛОГИИ ДЕПРЕССИЙ

**О. П. Вертоградова, И. Л. Степанов, Н. М. Максимова, А. В. Ваксман,
С. Ю. Диков, К. А. Кошкин, О. В. Моисейчева, О. В. Целищев**

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Рост распространенности депрессивных состояний, сложности диагностики и выбора эффективной терапии предопределяют необходимость дифференцированного психопатологического анализа всех компонентов депрессивного синдрома.

В последнее время выделены главные аффективные составляющие синдрома – ангедония и гипотимия, которые представляют собой отражение клинической сущности депрессивного расстройства – патологического дисбаланса аффективной сферы психики как снижения способности переживать положительные эмоции радости и удовольствия при преобладании гипотимного аффекта, приводящие к искажению эмоционального компонента побуждения к деятельности, нарушению когнитивно-оценочных механизмов восприятия себя и окружающего, стратегии поведения и адаптационных способностей личности. Рядом исследователей признается необходимость дифференцирования типа доминирующего аффекта для теоретических и практических целей [2, 4, 5, 13, 27, 28]. Гипотимическая составляющая депрессии представляет собой три качественно различающихся аффективных компонента: тревожный, тоскливый (наиболее типичный для эндогенных депрессий) и апатический. Они находятся в динамической связи друг с другом, но, как правило, на определенном отрезке времени один из них преобладает и характеризуется собственными синдромообразующими, диагностическими и дезадаптирующими особенностями. Это диктует необходимость постоянного исследования и уточнения патогенетической и клинической взаимосвязи аффективной составляющей депрессивного синдрома с другими его компонентами.

Цель исследования – анализ клинических и патогенетических особенностей депрессивных состояний с разным типом ведущего аффективного компонента – тревогой, тоской, апатией.

Материалы и методы исследования

Основные методы исследования – клинико-психопатологический, клинико-анамнестический,

биохимический, психометрический, статистический.

В исследование вошло 614 больных (407 жен., 207 муж.), обследованных в рамках диагностических категорий F31, F32, F33, F34 в условиях клинического отделения Московского НИИ психиатрии (табл. 1).

Таблица 1

Общая характеристика исследованных больных

Признаки	n=614 человек (100%)
Депрессивный эпизод F32	114 (18,6%)
Рекуррентное депрессивное расстройство F33	370 (60,4%)
Биполярное аффективное расстройство F31	92 (15%)
Циклотимия F34.0	38 (6 %)
Средний возраст	38±2,4 лет (диапазон 16–70 лет)
Женщин	407 (66,2%)
Мужчин	207 (33,8%)
Доминирующая тревога	196
Доминирующая тоска	153
Доминирующая апатия	180
Пропорционально тревога и тоска	85

Оценивались аффективные составляющие депрессивного синдрома (ведущий аффективный компонент) в соотношении с соответствующими депрессивными идеями (малоценности, виновности), ангедонией, аффективно-поведенческими проявлениями (агрессивное поведение и враждебность), сомато-вегетативными нарушениями, снижением уровня социально-психического функционирования, соматической отягощенностью в преморбиде, клинико-биологическими особенностями.

Результаты

При описании психопатологической структуры депрессии со времен Э.Крепелина [11] всегда большое значение уделялось идеаторным нарушениям, отражением которых являются так называемые депрессивные идеи малоценности и самообвинения. Подчеркивалось, что их развитие тесно связано с

депрессивным аффектом и претерпевает определенные стадии становления, указывалось на их связь с формированием суицидальных проявлений [9, 10, 14, 16, 20]. Аффективный компонент тоски, тревоги или апатии определяет содержание мыслей больного, его самооценку и оценку окружающего, его видение прошлого, настоящего и будущего (табл. 2).

Таблица 2

Частота встречаемости идей самообвинения и малоценности при различных вариантах аффективного компонента депрессии

Признаки	Тоска (n=56)	Тревога (n=22)	Апатия (n=43)
Идеи самообвинения	32 (57,1%)*	6 (27,3%)	12 (27,9%)
Идеи малоценности	38 (67,9%)	10 (45,5%)	16 (37,2%)
Сочетание идей малоценности и идей самообвинений	28 (50%)*	4 (18,2%)	9 (20,9%)

Примечания: * – $p < 0,05$.

При тоскливой депрессии депрессивные идеи концентрируются внутри собственного «Я» и преимущественно направлены в прошлое, которое представляется как длинная череда ошибок и заблуждений. При тревожной депрессии направленность переживаний в отличие от тоскливой депрессии ориентирована не в прошлое, а в будущее и сопровождалась наплывом овладевающих тревожных представлений о возможных предстоящих неприятностях. При этом идеи малоценности и самообвинения формировались на фоне тревожных ожиданий и опасений с направленностью переживаний «вовне». Для апатической депрессии характерна малая развернутость и представленность депрессивных идей малоценности и самообвинения на фоне общего брадипсихизма, эмоциональной опустошенности, пассивной созерцательности. Следует отметить, что в случаях доминирования тревоги или тоски депрессивные идеи имели сверхценный характер и, в отличие от бредовых идей, всегда опирались на реальные события и обстоятельства, имевшие место в прошлом или ожидаемые в будущем, и на короткое время могли подвергаться психотерапевтической коррекции.

Совместные клинические и биохимические исследования последних десятилетий выявили связь между тревогой, агрессивностью и нарушением метаболизма серотонина как у больных аффективными, так и личностными расстройствами [21, 23, 24, 31], это дало основания для выделения отдельного варианта «тревожно-агрессивной депрессии, связанной с серотонином» [34, 35]. В проведенном нами исследовании оценивалась агрессия, направленная «вовне» (прямая и косвенная, физическая и вербальная), и агрессия, направленная «на себя»: суицидальные мысли или попытки, а также самоповреждения (табл. 3). Для тревожного аффекта характерно более выраженное проявление агрессии «вовне» (в сравнении с группами с апатическим и

тоскливым аффективными компонентами) $p < 0,01$. Достоверно различались по уровню агрессии «направленной на себя» группы с тоскливым и тревожным аффектом, по сравнению с группой с апатическим аффективным компонентом ($p < 0,05$).

Таблица 3

Выраженность агрессии в зависимости от ведущего аффективного компонента

Аффективный компонент	Агрессия «вовне»	Агрессия «на себя»
тоска	6,94	0,96*
тревога	11,23**	0,77*
апатия	6,92	0,43

Примечания: ** – $p < 0,01$; * – $p < 0,05$.

Выделены группы, отличающиеся разными уровнями агрессивности и враждебности в депрессии. В группе с высоким уровнем агрессивности и враждебности (42 больных) ведущий аффект был тревожным в 60%, тоскливым – в 33% и апатическим – в 7%. В группе с низким уровнем агрессивности и враждебности (58 больных) в 59% ведущим был тоскливый аффект, в 22% — тревожный, в 19% – апатический. Различия в количестве наблюдений по ведущему тревожному аффекту являются статистически достоверными ($p < 0,01$).

Значительное влияние апатии на формирование и течение депрессии отмечалось многими отечественными и зарубежными исследователями [10, 17, 19, 22, 25, 26]. В специально посвященном апатической депрессии исследовании [7] дифференцированно анализировалось соотношение структурных особенностей апатической депрессии. Для апатической депрессии в собственно аффективной сфере характерно снижение переживания как положительных, так и отрицательных эмоций и реакций на соответствующие стимулы, а также снижение мотивационно-волевой составляющей. Полученные результаты, в определенной мере, подтверждают преобладающее дезадаптирующее влияние апатического аффекта по сравнению с тревожным и тоскливым. Наиболее значимыми для апатического компонента синдрома оказались следующие симптомы (табл. 4), а также эмоционально отстраненное «объектное» восприятие субъективно значимых событий, снижение внутренней психической активности и побудительной силы субъективно значимых мотивов, снижение моторной активности, низкая психическая истощаемость, обеднение идеаторной сферы по содержанию при сохранении когнитивных возможностей.

Интерес к изучению ангедонии в структуре депрессии обусловлен ее универсальным для любого типа депрессивного расстройства участием в формировании обозначенного выше дисбаланса аффективного реагирования по депрессивному типу. R.Spitzer, J.Endicott и соавт. [32] при анализе аф-

Таблица 4

Наиболее значимые соотношения симптомов с апатическим компонентом при апатической депрессии

Признаки	R Спирмена
уменьшение или полное отсутствие привычных потребностей	0,88
вработываемость – выраженные трудности в начале деятельности, уменьшающиеся по мере ее осуществления	0,81
отсутствие стойких дифференцированных стремлений и побуждений	0,81
субъективное ощущение снижения эмоционального отклика как на положительные, так и на отрицательные события	0,64

Примечания: n=100, p<0,01.

фективных нарушений в рамках депрессий отмечают, что в диагностическом отношении сами расстройства настроения могут иметь часто меньшее значение, чем входящие в структуру депрессии ангедонические нарушения. D.Klein [30], P.Kielholz, C.Adams [29], О.П.Вертоградова, В.М.Каменская [3], О.П.Вертоградова [4], И.Л.Степанов [18] рассматривают ангедонию как маркер классического депрессивного состояния. Ангедония как дефицитарность способности переживать положительные эмоции в наибольшей степени проявлялась при апатии (корреляция по Спирмену: $r=0,48$, $p<0,01$) и тоскливом аффекте ($r=0,38$, $p<0,01$). Выраженность общей ангедонии отрицательно коррелировала с аффектами тревожного (с тревогой $r=-0,58$, $p<0,01$; со страхом $r=-0,35$, $p<0,05$) и гневливого спектров (с гневливой дисфорией $r=-0,46$, $p<0,05$) при эндогеноморфных депрессиях.

В исследовании проводился анализ особенностей влияния ведущих аффективных составляющих и основных депрессивных симптомов на общий уровень социально-психического функционирования (СПФ). Данный подход позволил уточнить вклад ведущего аффективного компонента и ангедонических нарушений в картину функциональной дезадаптации больных (табл. 5).

Таблица 5

Наиболее значимые соотношения депрессивных симптомов и общего показателя СПФ при аффективных расстройствах

Аффективные расстройства (82 ч.) коэффициент корреляции по Спирмену	
Ангедония 0,60	Идеаторная заторможенность 0,46
Моторная заторможенность 0,53	Тоска 0,32
Идеи малоценности 0,48	Тревога (-) н.д.
Апатия 0,48	Дисфория (-) н.д.

Примечания: $p<0,05-0,01$.

В отношении влияния на общий показатель снижения функционирования СПФ ангедония, апатия и тоскливый аффект (анергический затормаживающий полюс депрессивного континуума) находятся на значимых местах по силе связи по сравнению с тревожным и гневливо-дисфорическим (возбуждающий активирующий полюс). Из других депрессивных симптомов на достоверном уровне влияния оказались моторная и идеаторная заторможенность, идеи малоценности.

Сомато-вегетативные расстройства являются обязательным компонентом депрессивного синдрома и включают, по мнению большинства авторов, нарушения сна, либидо, аппетита и изменение массы тела, анергию, телесные сенсации (включая алгии) и функциональные нарушения разных систем организма [1, 6, 12, 13, 15, 33]. Для всех типов депрессии характерны нарушения сна, аппетита, либидо (сексуального влечения).

Сомато-вегетативные расстройства, достоверно коррелирующие с аффектом тревоги, по распространенности представлены в следующем порядке: снижение либидо (69%), трудности засыпания (58%), снижение аппетита (52%), ощущение сердцебиения (50%), тахикардия (48%), мышечное напряжение (46%), повышение АД (артериального давления – 46%), чувство нехватки воздуха (40%), чувство жжения в груди (33%), анергия (31%), сухость во рту (31%), повышенное потоотделение (29%), диарея (23%), тошнота (21%).

Проводилась оценка результатов исследования состояния вегетативной системы у больных по значениям индекса Кердо, пробы Даньини-Ашнера, ортостатической пробы.

Исследование вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности показало преобладание симпатикотонии у пациентов группы с доминированием тревожного аффекта при значительной представленности парасимпатических влияний.

С аффектом тоски достоверно коррелировали следующие сомато-вегетативные расстройства: снижение либидо (89%), снижение аппетита (58%), анергия (50%), окончательные ранние пробуждения (47%), чувство тяжести в груди (47%), повышение систолического АД (44%), повышение диастолического АД (37%), тахикардия (34%), запоры (26%), сухость во рту (24%).

Анализ вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности у больных депрессией с доминированием тоскливого аффекта указывал на симпатическую гиперактивацию, но в меньшей степени, чем при тревожном. В отличие от группы с доминированием тревожного аффекта, парасимпатические сдвиги не характерны.

С апатией достоверно коррелировали: снижение либидо (100%), снижение аппетита (75%), оконча-

тельные поздние пробуждения (62,5%), ощущения расслабленности во всем теле (31,25%). Показатели вегетативного тонуса, реактивности и обеспечения деятельности свидетельствовали об отсутствии вегетативной активации как симпатического, так и парасимпатического отделов.

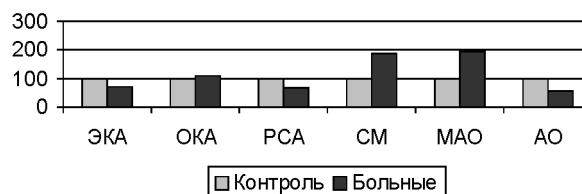
Сомато-вегетативные расстройства в наибольшей степени представлены при тревожных депрессиях, в наименьшей – при апатических. Тоскливые депрессии занимают промежуточное положение.

Предварительные данные по исследованию соотношения преморбидной соматической отягощенности и типа ведущего аффективного компонента показывают, что в группе больных с ведущим тревожным аффективным компонентом чаще (по сравнению с группой с тоскливым) наблюдались заболевания опорно-двигательного аппарата, а болезни желудочно-кишечного тракта – реже, чем в группе с апатическим (табл. 6).

Проводимые в настоящее время биохимические исследования больных с депрессивными расстройствами совместно с сотрудниками института (М.Г.Узбеков, Э.Ю.Миссионжник, Н.В.Смолина) позволяют остановиться на некоторых предварительных результатах.

При исследовании альбумина крови с помощью зонда, специфичного к альбумину сыворотки крови, обнаружено, что у больных депрессией без дифференцировки по ведущему аффективному компоненту конформационное состояние альбуминовых центров изменено по сравнению со здоровыми.

В группе с ведущим тревожным компонентом 45 пациентам проведено клинико-биохимическое обследование с определением эффективной концентрации альбумина (ЭКА), общей концентрации альбумина (ОКА), резерва связывания альбумина



Уровень исследованных биохимических показателей у больных тревожной депрессией (в % от контрольной группы здоровых)

(РСА), уровня средних молекул (СМ), активности моноаминоксидазы (МАО), аминоксидазы (АО). Были выявлены значительные нарушения моноаминанергического статуса, гомеостаза и выраженный эндотоксикоз, достоверные патологические изменения компонентов моноаминанергических систем (рисунок). Планируются исследования больных с доминирующим тоскливым и апатическим аффективным компонентом депрессии.

Полученные результаты могут оказаться полезными для ранней оценки эффективности терапии депрессивных расстройств, учитывая, что альбумин – главный внеклеточный транспортный белок человека.

Заключение

Проведенная типологическая дифференцировка качественных особенностей синдромообразующего аффективного компонента депрессивного состояния с психопатологических позиций может быть оценена как значимый и клинически целесообразный элемент анализа депрессивных нарушений. Результаты исследований показали, что аффективный компонент депрессивного синдрома (тревога, тоска, апатия) определяет структурные особенности депрессивного состояния, особенности вегетатив-

Таблица 6

Распространенность заболеваний в преморбиде по системам органов депрессивных больных в зависимости от ведущего аффективного компонента

Заболевания по органам и системам в преморбиде	Ведущий аффективный компонент		
	Тревога n=38	Тоска n=19	Апатия n=13
Сердечно-сосудистые заболевания	34,2%	36,8%	46,1%
Заболевания органов дыхания	44,7%	26,3%	46,1%
Болезни органов пищеварения	42,1%* тревога<апатия	47,4%	76,9%
Заболевания опорно-двигательного аппарата	29%	5,3%* тоска<тревога	15,4%
Гинекологические заболевания	34,2%	36,8%	30,8%
Заболевания эндокринной системы	26,3%	26,3%	7,7%

Примечания: * – $p < 0,05$.

ной регуляции и некоторые поведенческие паттерны (качество и уровень агрессивности), степень нарушения социально-психического функционирования. Доминирование тревожного аффекта характеризуется преимущественной направленностью реагирования «вовне», тоскливого – «на себя» (содержание депрессивных идей, направленность агрессии), тогда как при апатии наблюдается упадок реагирования. Вегетативные показатели при депрессии имеют свои особенности: наибольшая напряженность вегетативной системы с преобладанием симпатикотонии характерна для доминирования тревоги, а снижение вегетативной реактивности и обеспечения деятельности – при доминировании тоски и особенно апатии. Степень социальной дезадаптации соответственно нарастает также в зависимости от типологических аффективных и

структурных особенностей депрессивного состояния в направлении от ведущего тревожного аффективного компонента к тоскливому и апатическому в тесной связи с выраженностью ангедонической составляющей аффективного ядра синдрома и триадными характеристиками (идеаторной и моторной заторможенностью). Дифференцированный подход в анализе типологических особенностей аффективного компонента, структурно-синдромологических и биологических составляющих депрессивных расстройств позволяет точнее определять взаимосвязь, психопатологическое и клиническое значение депрессивных симптомов, целенаправленно совершенствовать терапевтические и реабилитационные подходы при оказании специализированной психиатрической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С. Депрессия и тревога: диагностика и лечение. М., 2003.
2. Вертоградова О.П. Возможные подходы к типологии депрессий // Депрессия (психопатология, патогенез). М., 1980. С. 9–16.
3. Вертоградова О.П., Каменская В.М. Актуальные проблемы ранней диагностики депрессий // Материалы 4 Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. М., 1980. С. 533–536.
4. Вертоградова О.П. Современные принципы диагностики и прогноза депрессий // Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства». М., 2003. С. 32.
5. Волошин В.М. Различные типы депрессивной триады и их диагностическое значение // Депрессия (психопатология, патогенез). М., 1980. С. 40–46.
6. Фава М. Депрессия, соматические симптомы и антидепрессивная терапия (расширенный реферат) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. Т. 7, № 3. С. 164–166.
7. Кошкин К.А. Апатическая депрессия: структура и динамика: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2010. 144 с.
8. Краснов В.Н. Аффективные расстройства. Психиатрия. Национальное руководство. М., 2009. С. 490–512.
9. Краснов В.Н. Клинико-патогенетические закономерности динамики циркулярных депрессий: Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1987. 278 с.
10. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 431 с.
11. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. 4-е изд. М.–Пг., 1923. 458 с.
12. Невзорова Т.А., Дробижев Ю.З. Соматический эквивалент циркулярного психоза и циклотимии // Сов. мед. 1962. № 12. С. 45–49.
13. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Л.: Медицина. 1988. 264 с.
14. Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы (Психопатология и систематика). М., 1975. 192 с.
15. Протопопов В.П. Соматический синдром, наблюдаемый в течении маниакально-депрессивного психоза // Научная медицина. 1920. № 7. С. 721–749.
16. Снежневский А.В. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1983. С. 16–98.
17. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2003. 432 с.
18. 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.
19. Тиганов А.С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики // Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. проф. А.Б.Смулевича. М., 1997. С. 12–26.
20. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. М., 2005. 306 с.
21. Apter A., Plutchik R., Sevy S. et al. Interrelationships among anxiety, aggression, impulsivity and mood: a serotonergic linked cluster? // Psychiatr. Res. 1990. Vol. 32, N 2. P. 191–199.
22. Bock C., Bukh J.D., Vinberg M., Gether U. Validity of the diagnosis of a single depressive episode in a case register // Clin. Pract. Epidemiol. Mental Health. 2009. Vol. 5, N 4. P. 47.
23. Coccaro E.F., Kavoussi R.J., Trestman R.L. et al. Serotonin function in human subjects: intercorrelations among central 5-HT indices and aggressiveness // Psychiatr. Res. 1997. Vol. 73, N 11. P. 1–14.
24. Fava M. Depression with anger attacks // J. Clin. Psychiatry. 1998. Vol. 59. P. 18–22.
25. Fava G.A., Tossani E. Prodromal stage of major depression // Early Intervention Psychiatry. 2007. Vol. 9, N 1. P. 18.
26. Kessing L.V. Severity of depressive episodes during the course of depressive disorder // Br. J. Psychiatry. 2008. Vol. 192. P. 3.
27. Kielholz P. Klinik Differentialdiagnostik und Therapie der depressive Sustandsbilder. Basil, 1959. 64 s.
28. Kielholz P. La depression reactionnelle conception theorique et empirisme clinique // Confront. Psychiatr. 1974. N 12. P. 111–127.
29. Kielholz P., Adams C. La noyau depressive // La revue de medicine. 1980. Vol. 21, N 12. P. 77–82.
30. Klein D.F. Endogenomorphic depression: A conceptual and terminological revision // Arch. Gen. Psychiatry. 1974. Vol. 31. P. 447–454.
31. Rosenbaum J.F., Fava M., Pava J. et al. Anger attacks in unipolar depression // Am. J. Psychiatry. 1993. Vol. 150. P. 1154–1163.
32. Spitzer R., Endicott J., Robins E. Research diagnostic criteria – Rationale and reliability // Arch. Gen. Psychiatry. 1978. Vol. 35. P. 773–782.
33. Trivedi M.H. The link between depression and physical symptoms. Primary Care Companion // J. Clin. Psychiatry. 2004. N 6. P. 12–16.
34. Van Praag H.M. Depression, anxiety, aggression: attempts to unravel the Gordian knot // Medicographia. 1998. Vol. 20, N 2. P. 107–113.
35. Van Praag H. M. Anxiety/aggression — driven depression. A paradigm of functionalization and verticalization of psychiatric diagnosis // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. 2001. Vol. 25, N 4. P. 893–924.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТИПОЛОГИИ ДЕПРЕССИЙ

О. П. Вертоградова, И. Л. Степанов, Н. М. Максимова, А. В. Ваксман, С. Ю. Диков, К. А. Кошкин, О. В. Моисейчева, О. В. Целищев

Исследование посвящено анализу клинических и патогенетических особенностей депрессивных состояний с разным типом ведущего аффективного компонента – тревогой, тоской, апатией. Обследовано 614 больных (407 жен., 207 муж.) в рамках диагностической категории F3 в условиях клинического отделения Московского НИИ психиатрии. Результаты показали, что аффективный компонент депрес-

сивного синдрома (тревога, тоска, апатия) определяет структурные особенности депрессивного состояния, особенности вегетативной регуляции и некоторые поведенческие паттерны (качество и уровень агрессивности), степень нарушения социального функционирования. Дифференцированный подход в анализе типологических особенностей аффективного компонента, структурно-синдромологических и

биологических составляющих депрессивных расстройств позволяет целенаправленно совершенствовать терапевтические и реабилитационные подходы при оказании специализированной психиатрической помощи.

Ключевые слова: депрессия, тревога, тоска, апатия, патогенез депрессии, социальное функционирование.

CLINICAL AND PATHOGENETIC ASPECTS IN TYPOLOGY OF DEPRESSION

O. P. Vertogradova, I. L. Stepanov, N. M. Maximova, A. V. Vaxman, S. Yu. Dikov, K. A. Koshkin, O. V. Moiseycheva, O. V. Tselishev

The authors have analyzed the clinical and pathogenetic features of depressive conditions with variant prevalent affective component, specifically, anxiety, sadness or apathy. Material: 614 patients (407 female and 207 male), investigated in a clinical ward of the Moscow Research Institute of Psychiatry, within framework of the F3 diagnostic category. The results suggest that the affective component of depressive syndrome (anxiety, sadness or apathy) seem to determine the structural characteristics of depression, the vegetative regulation and some behavioral patterns

(like quality and level of aggressiveness), and the degree of social malfunctioning. Differential approach towards analysis of the affective component, and structural, syndromological and biological constituents of depressive disorders would contribute to further development of therapy and rehabilitation in specialized psychiatric care.

Key words: depression, anxiety, sadness, apathy, pathogenesis of depression, social functioning.

Вертоградова Ольга Петровна – доктор медицинских наук, профессор, на момент написания статьи руководитель группы по исследованию депрессий отделения расстройств аффективного спектра ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России

Степанов Игорь Львович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник группы по исследованию депрессий отделения расстройств аффективного спектра ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: stigl2006@rambler.ru

Максимова Натэлла Маратовна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник группы по исследованию депрессий отделения расстройств аффективного спектра ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России

Ваксман Анна Владимировна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник группы по исследованию депрессий отделения расстройств аффективного спектра ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: vaksman_a@mail.ru

Диков Станислав Юрьевич – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник группы по исследованию депрессий отделения расстройств аффективного спектра ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России

Кошкин Кирилл Александрович – кандидат медицинских наук, научный сотрудник группы по исследованию депрессий отделения расстройств аффективного спектра ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России

Моисейчева Ольга Викторовна – младший научный сотрудник группы по исследованию депрессий отделения расстройств аффективного спектра ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России

Целищев Олег Вадимович – врач клинического отделения ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России