

А.Н. Корнетов, Е.В. Караваева*, Н.А. Корнетов***

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА В САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ СЕТИ

*Сибирский государственный медицинский университет

**НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Депрессивные расстройства в практике психологов, работающих в сфере охраны психического здоровья, и клиницистов различных медицинских дисциплин занимают одно из центральных мест [1, с. 10–14; 2; 3].

В большинстве промышленно развитых стран за последние 40 лет отмечается неуклонный рост депрессивных состояний, которые к концу XX в. приобрели характер «большой эпидемии» и стали одной из глобальных проблем мирового сообщества [1, 4]. По нашим косвенным данным и первому опыту сопоставимых и воспроизводимых скрининговых исследований депрессивных нарушений, в Центральном районе Российской Федерации и Сибирском регионе положение дел с распространенностью, распознаванием и терапией депрессивных расстройств серьезно недооценивается в связи с возрастающими проблемами качества жизни и суицидальной ситуации в России [1; 5; 6, с. 7–12; 7]. С большой долей вероятности можно утверждать, что их недооценка в психологических службах и системе здравоохранения, игнорирование состояний психологического дистресса у населения врачами различных специальностей вносят существенный вклад в снижение показателей продолжительности жизни и общий эффект депопуляции за последние 10 лет.

Согласно расчетам и прогнозу Гарвардской школы здравоохранения, основанным на материалах ВОЗ и Всемирного банка, большая униполярная депрессия в 1990 г. по тяжести ведущих причин бремени болезни занимала 4-е место, а по базовому сценарию развития эта мультифакториальная патология к 2020 г. выйдет на 2-е место после ишемической болезни сердца [8]. При этом большая депрессия (депрессивный эпизод) дает максимальные показатели нетрудоспособности, более чем в два раза превышающие такие распространенные причины инвалидизации, как железодефицитная анемия, хроническая обструктивная болезнь легких, остеоартриты и др. [2]. Среди больных основными психическими расстройствами депрессия занимает ведущее место по частоте утраты трудоспособности (17.2 %) [8] и затруднению в выполнении широкого круга социальных, производственных, семейных и индивидуальных функций [1]. Согласно данным крупнейшего эпидемиологического исследо-

вания (Epidemiologic Catchment Area) Национального института психического здоровья США, 9.5 % населения страны старше 18 лет за 1 год перенесли аффективное расстройство [9]. Многоцентровое международное эпидемиологическое исследование показало, что заболеваемость депрессией в общей популяции составляет от 4.8 до 7.4 %, в то время как среди больных общей поликлинической сети эта цифра возрастает до 10 % и более [10, 11]. Как показывают специальные обзоры эпидемиологических данных, исследования отечественных и зарубежных авторов, на долю депрессивных расстройств в общесоматической сети приходится от 10 до 23 % [7, 11–13]. Среди пациентов, страдающих соматическими заболеваниями, распространенность депрессивных расстройств еще выше – 22–33 % [14–17]. По данным некоторых исследователей, она встречается чаще артериальной гипертензии [13]. Депрессивные расстройства являются наиболее серьезными заболеваниями, с которыми встречаются психологи разных специализаций и врачи всех специальностей. Депрессия ухудшает общее самочувствие, затрудняет выполнение повседневных обязанностей и социально-трудовую деятельность в значительно большей степени, чем хронические соматические заболевания; осложняет их течение и снижает продолжительность и качество жизни [3]. Прямые и косвенные расходы, связанные с большим депрессивным расстройством, в США составляют 43.7 млрд дол. в год [2].

В мировой психиатрии за последние три десятилетия произошел качественный прорыв в области нейробиологии и психофармакологии аффективных расстройств, существенно расширились возможности применения нового поколения антидепрессантов за счет их высокой эффективности, минимизации побочных эффектов и возможности комбинации с другими препаратами, в частности используемыми при лечении соматических заболеваний. Существенную роль в этом процессе, на наш взгляд, сыграли интегративные тенденции в понимании психических расстройств на основе биопсихосоциальной концепции с параллельной реформой существующих структур психиатрической помощи в сторону коммунальной психиатрии и многопрофильного оказания помощи лицам, страдающим психическими расстройствами. Боль-

шой вклад в представления о формировании эмоциональных расстройств был внесен клинической психологией [18, с. 1046–1075].

На этом фоне происходил пересмотр всей предыдущей концепции диагностики и терапии депрессивных расстройств, который постоянно обогащался новейшими доказательными эпидемиологическими, клиническими и психологическими данными. Первоначально концепция большого депрессивного эпизода и всего семейства аффективных расстройств была в диагностическом отношении оформлена в DSM-III [19], а затем окончательно доработана в DSM-III-R [20], ICD-10 [21], DSM-IV [22]. Необходимо подчеркнуть, что Американская психиатрическая ассоциация внесла большой вклад в разработку ICD-10, а затем создала DSM-IV, которая практически сопоставима с международной классификацией Всемирной организации здравоохранения, хотя существуют определенные различия. Если оценить общую динамику классификационных и диагностических подходов со времени становления научной психиатрии, то она эволюционировала в сторону современных, во многом построенных на согласии экспертов классификаций, которые в настоящее время приняты во всем мире. В целом международная научная систематика психических и поведенческих расстройств имеет тенденцию к более дифференцированному клиническому описанию с опорой на принципы доказательной медицины и операциональные критерии. Современная клиническая психология также является специальностью, которая, опираясь на международные классификации психических расстройств, изучает следующие основные разделы: условия возникновения расстройств, классификацию, диагностику, эпидемиологию и виды интервенции [18].

Таким образом, рост числа страдающих депрессивными расстройствами после Второй мировой войны, отчетливо зафиксированный в 60-х гг. [4], регистрируется эпидемиологическими исследованиями, основанными на современных международных классификациях [2, 4, 7, 11]. Данная проблема носит психологический и общемедицинский характер [1, 5, 6, 23]. Основная часть людей, испытывающих определенные трудности и нуждающихся в консультации психологов, психотерапевтов и психиатров, обращаются в первую очередь к врачам общей практики [11, 24]. Это объясняется страхом социальной стигматизации при обращении к психиатру и клиническому психологу за помощью [9, 16] и гипонозогнозией (недостаточным осознанием болезни). Как правило, к факторам риска гипонозогнозии относятся пожилой возраст, низкий уровень культуры и образования, отсутствие склонности к психологической рефлексии, трудности вербализации своего состояния («алекситимия»). Как

показала практика проведения психологических консультаций в санаторной сети, важными причинами нежелания обращаться к психологу и психотерапевту являются также низкая информированность людей о психологическом консультировании и психотерапии, страх посвящения постороннего человека в личные, интимные переживания и скептическое отношение к тому, что «разговоры» могут дать ощутимый лечебный эффект. Существует также представление о том, что с психологическими проблемами можно справиться самостоятельно, а обращение к другому человеку за помощью является признаком слабости. Сочетание депрессии с другими (коморбидными) заболеваниями дает повод искать помощи у врачей общей практики.

Отсюда вытекает проблема недостаточного распознавания депрессивных расстройств. В одном исследовании было показано, что 66 % депрессивных пациентов, которым не был поставлен диагноз, более 6 раз в год обращались за помощью к терапевту с соматическими жалобами, маскирующими лежащую в основе заболевания депрессию [14]. Если же депрессивное расстройство и удастся своевременно диагностировать, то не всегда лечение соответствует уровню знаний и выбираются наиболее эффективные методы терапии [1, 3].

На сегодняшний день наиболее распространенным является медикаментозное лечение депрессивных расстройств, но антидепрессанты, воздействуя на соматический компонент депрессивных расстройств, значительно снижая уровень тревоги и остроту заболевания, недостаточно решают вопросы, лежащие в плоскости психологии таких пациентов [25, 26]. Остаются неразрешенными базисные конфликты, переживания личности, определенный тип поведения, предрасполагающий к развитию депрессии, стиль межличностных отношений; не подвергаются осознанной переработке установки, ценности, представления, когниции и убеждения личности, т.е. все, что предшествует развитию депрессивного расстройства или подкрепляет проблемы пациента [6; 18; 25; 26, с. 24–26; 27; 28, с. 263–295; 29].

Существующая биопсихосоциальная модель помощи людям с депрессивными расстройствами предполагает комплексный подход в их терапии, сочетающий в себе медикаментозное лечение и психотерапию. Данное изменение устаревшей биомедицинской парадигмы определяется тем, что человек обращается за помощью в состоянии психологического дискомфорта, субъективного переживания страдания и нарушения некоторых аспектов жизнедеятельности и социального функционирования. Поэтому, как указывает L. Eisenberg [30], одних биомедицинских знаний недостаточно, и взаимодействие должно осуществляться в соответствии

с принципами социальных и гуманитарных подходов, входящих в комплекс наук о человеке.

Целью данной работы явилось обобщение практического опыта работы многопрофильной бригады по изучению распространенности и распознаванию депрессивных расстройств, преимущественно психологическими методами в одном из санаториев Западной Сибири. В соответствии с поставленной целью разработаны следующие задачи:

- проведение первичного психологического скрининга всех лиц, проходящих лечение в санатории;
- исследование распространенности депрессии в санаторной сети;
- проведение анализа психологических особенностей лиц с признаками депрессивных расстройств;
- разработка совместно с другими специалистами мультидисциплинарной бригады первого этапа в системе медико-психологической помощи – методов распознавания расстройств и нарушений депрессивного спектра, включающих клинические формы, подпороговые и субсиндромальные проявления, отдельные психологические признаки состояния дистресса, влияющего на психологическое состояние и социальное функционирование.

Важно отметить, что данных относительно распространенности депрессивных расстройств в санаторно-курортной сети в специальной литературе практически не встречается.

Сплошное исследование отдыхающих в санатории «Синий Утес» проводилось согласно специально разработанному протоколу. В эмпирическом психодиагностическом исследовании принимали участие 576 отдыхающих: 104 мужчины и 472 женщины, все являлись жителями г. Северска, средний возраст которых составил 48.4 ± 0.5 года.

Дизайн исследования был следующим. На первом этапе при поступлении обученная медицинская сестра санатория в условиях информированного согласия предлагала отдыхающим в день приезда в санаторий скрининговые вопросники на депрессию первого уровня В.Н. Краснова [5] и Н.А. Корнетова [1]. Затем она составляла список отдыхающих, прошедших скрининг, проверяла заполнение пунктов и передавала психологу. Клинический психолог при оценке скрининговых вопросников исключал лиц, которые не показывали депрессивных признаков. В группы лиц, имеющих психологические и соматические признаки депрессивного спектра, включались те, кто по вопроснику В.Н. Краснова ответили на любые два утверждения из первых пяти или дали хотя бы один положительный ответ на вопросы 3, 6, 7 и на любой один вопрос вопросника Н.А. Корнетова.

Во время первого интервью с клиническим психологом определялась цель психологического консультирования, рассматривались жалобы с учетом

зарегистрированных данных по первичным скрининговым вопросникам и предлагалось заполнение вопросников второго уровня: вопросник А. Бека для депрессии и шкалы для оценки личностной и реактивной тревожности Спилбергера–Ханина.

После анализа вопросников и регистрации психологических симптомов депрессивного спектра, вероятного клинического уровня депрессии по опроснику А. Бека и повышенной тревоги по шкале Спилбергера–Ханина, а также данных, полученных путем опроса и наблюдения во время интервью, исследуемым предлагалась консультация психиатра. При этом клинический психолог предварительно информировал каждого направляемого отдыхающего о возможной связи его состояния с эмоциональным неблагополучием, рекомендуя консультацию специалиста по данному виду расстройств.

На третьем этапе клинический психолог передавал всю документацию медицинской сестре, которая осуществляла организацию и поддержку консультаций психиатра. В случае отказа от консультации клиенты включались в динамическое наблюдение за анализом обращаемости к другим специалистам. Врач-психиатр предварительно оценивал данные субъективных вопросников и принимал решение о направлении клиническим психологом, используя структурированное клиническое интервью согласно третьему уровню, которое соответствовало клиническому обследованию. Все соматические заболевания регистрировались по данным медицинской документации.

На заключительном этапе при клиническом выявлении депрессивных расстройств, требующих специальной антидепрессивной терапии, врач-психиатр на основе информированного согласия и обсуждения риска и безопасности применения психофармакологических средств, согласно принятым стандартам в психиатрии и утвержденному приказом Министерства здравоохранения перечню лекарств для этой цели, включая вновь зарегистрированные, назначал медикаментозное лечение, психотерапию или по показаниям рекомендовал стационарное лечение в специализированной клинике по аффективным расстройствам в ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. При согласии к приему антидепрессивных препаратов по шкале Гамильтона фиксировался исходный уровень тяжести депрессии в баллах. В карте ведения пациента записывался следующий прием и подчеркивался в случае необходимости контакт с медсестрой-менеджером «случая» (табл. 1).

Работа мультидисциплинарной бригады (табл. 1) основывалась на партнерских отношениях, добровольных началах, строгом соблюдении регламента протокола исследования, открытом об-

Таблица 1

Организация работы мультидисциплинарной бригады в условиях санаторно-курортной сети

Врач психиатр	Клинический психолог	Медицинская сестра
Консультации: первичное интервью, постановка диагноза, составление плана лечебных мероприятий, назначение адекватного медикаментозного лечения; наблюдение за состоянием пациентов в процессе лечебных мероприятий; оценка динамики состояния пациентов в процессе и по окончании медико-психологической интервенции; рекомендации Сеансы формальной психотерапии	Консультации: первичное интервью, выявление группы риска по психическим расстройствам; анализ динамики состояния лиц, участвовавших в процессе медико-психологической интервенции; разработка соответствующей программы психокоррекционных мероприятий Индивидуальная программа психотерапевтических тренингов (продолжительностью до 10 встреч по 2.5 ч ежедневно) Программа групповых психотерапевтических тренингов (продолжительностью до 15 встреч по 2.5 ч ежедневно) Программа обучения навыкам релаксации и ауто-тренинга (продолжительностью до 5 встреч по 1 ч ежедневно)	Организация подготовки кабинетов психологической службы к работе Первичное анкетирование, обработка тестовых данных Ведение документации Проведение под руководством врача-психиатра, клинического психолога, сеансов аудиовизуального воздействия (продолжительностью до 5 встреч от 0.5 до 1 ч ежедневно)

суждений возникающих проблем в ходе реализации проекта и решения их собственным профессиональным потенциалом. В случае возникновения сложных клинических и/или организационных вопросов они решались с координатором программы. Все этапы проведения обследований и общие вопросы выносились на обсуждение ежемесячного семинара.

Из 576 человек, обратившихся за консультацией в психологическую службу санатория, 203 не имели признаков депрессии. Они составили контрольную группу, а 373 (64.7 %) обследованных имели признаки депрессивных расстройств. Данные вопросника В.Н. Краснова показали у 223 человек наличие жалоб на беспокойство, напряжение и чувство тревоги, а также болевые ощущения: в голове, позвоночнике, суставах. По вопроснику Н.А. Корнетова часто выявлялись отсутствие энергии и чувство усталости, слабости, упадка сил, наличие мыслей о нежелании жить. Данные, полученные по опроснику А. Бека для депрессии, были разделены на три группы: соматические, эмоциональные и когнитивные признаки (табл. 2).

Таблица 2

Распределение выраженности признаков депрессии по шкале А. Бека

Этап	Депрессивные признаки, баллы		
	эмоциональные	когнитивные	соматические
Психодиагностический	8.0±0.5	6.5±0.4	10.7±0.4

Наиболее часто наблюдались соматические симптомы депрессии. Первое место занимало наруше-

ние сна. Расстройства длительности и качества сна как в сторону укорочения, так и удлинения не менее чем на два часа с последующей дневной гиперсомнией или извращение ритма с ночным бодрствованием и дневным сном являлись частыми жалобами. Многие испытуемые указывали на отсутствие чувства сна и постоянное ощущение недосыпания. Затем следовали признаки, связанные с хроническим чувством слабости, потери энергии и упадка сил. Испытуемые часто указывали, что астения и снижение энергичности являются следствием соматического заболевания. Однако детальный анализ состояния показывал, что эти признаки относятся к депрессивному спектру, поскольку отдыхающие отмечали связь между своими переживаниями, психофизическим состоянием и снижением активности. Потеря веса более 3 кг в течение последнего месяца чаще отмечали женщины, а мужчины – снижение либидо. Характерной особенностью являлись жалобы на желудочно-кишечные расстройства. Существует большая зона симптоматических пересечений между диагностикой гастроэнтерологической патологии и распознаванием депрессивных нарушений. Она обусловлена не только феноменологическим сходством многих симптомов, но и общностью патофизиологических изменений в функциях гипоталамуса, нейроэндокринных, психонейроиммунологических и психовегетативных механизмов [2].

Эмоциональные признаки были представлены следующими: тоскливым настроением, утратой удовольствия и радости от жизни, беспокойством, плаксивостью, утратой интереса к общению. Тоскливое и/или безрадостное настроение являются центральными признаками депрессии независимо от степени их выраженности и интенсивности. Сни-

женное настроение выражалось у испытуемых разнообразно: чувствами подавленности и тоски, угнетением и горем, душевной болью и скукой, унынием и удрученностью. Однако в целом эти симптомы, за исключением клинически диагностированной депрессии, не носили довлеющего характера, а имели подпороговое значение. Чаще всего испытуемые объясняли эти нарушения настроения неблагоприятными жизненными обстоятельствами и соматическими причинами, что является характерным для многих людей. Снижение удовольствия и интереса отражало уменьшение мотивации в отношении какого-либо рода активности. Многие из имевших признаки депрессии объясняли, что главным желанием пребывания в санатории является нежелание что-либо делать и апатия почти ко всему, что ранее представляло интерес и удовольствие. Понятие «скука» как косное, недеятельное состояние души, и томление от бездействия достаточно отчетливо характеризует это состояние. Функция решения, которая лежит в основе многих видов деятельности, сдвигается до степени потери положительного значения дружеского общения, социальной деятельности, профессиональных достижений и проведения досуга. В связи с этим у отдыхающих с признаками депрессии часто отмечалось стремление снизить уровень общения, межличностных контактов, «отлежаться», «отоспаться» и «никого не видеть».

К когнитивным нарушениям при депрессии, которые составляют психологическую основу ее распознавания, относятся три разновидности искажения мыслительной деятельности: идеи вины, малоценности, самоупреки, снижение самооценки, негативные мысли о себе, окружающем и будущем; затруднения в мышлении, концентрации внимания и принятии решений; мысли о смерти, нежелании жить, суицидальные замыслы. При анализе вопросника А. Бека наиболее часто встречались следующие когнитивные нарушения: чувство вины, фиксация на прошлых неудачах, пессимизм в отношении будущего, отвращение к себе, чувство наказания, никчемности, малоценности, нарушение концентрации внимания. Суицидальные мысли высказали 28 человек (7.5 %).

Помимо депрессивных нарушений, отмечено повышение уровня тревожности (табл. 3). Тревога является неотъемлемой составной частью депрессивных симптомов. Если в тяжелых случаях де-

прессии тревожные нарушения перекрываются торможением всех витальных функций, чувств и моторики пациента, то при неглубоких степенях депрессивных расстройств разнообразные симптомы тревоги могут часто выступать на первый план и затруднять диагностику той или иной разновидности депрессии. В нашем материале тревожные симптомы отмечались практически во всей группе испытуемых. Именно при наличии депрессивных симптомов тревога часто выражалась в общих жалобах на плохое самочувствие, различных нейровегетативных симптомах и желудочно-кишечных нарушениях. Общие симптомы тревоги проявлялись в трудностях при засыпании, признаках психомоторной и нейровегетативной гиперактивации: подвижности, вазомоторной лабильности, нарушении дыхания, потливости, приливах жара или зябкости, слабости, дурноты, головокружения. Со стороны желудочно-кишечного тракта соматическая тревога выражалась в различных спастических явлениях, дискинезиях, потере аппетита, синдромах раздраженного желудка и двенадцатиперстной кишки с дизритмией перистальтики, диарее, которая чередуется с запорами. Характерны были также жжение и неприятные ощущения сжатия в желудке, частая сухость во рту, различные неоформленные ощущения в области живота с чувством распираания, давления, жара, холода, переливания, стягивания. Эти нарушения часто являлись первыми жалобами отдыхающих, которые служили мотивом обращения в психологическую службу.

Во всех случаях лицам с депрессивными признаками сопутствовали соматические симптомы, связанные с болезнями желудочно-кишечного тракта, гипертоническая болезнь I–II степени, ревматоидный артрит, остеохондроз позвоночника, сахарный диабет, анемия, гипертиреозидизм, климактерический синдром, миома матки, нарушения функции печени, хронический пиелонефрит. При этом следует учитывать, что профилем лечебной ориентации санатория являются заболевания опорно-двигательного аппарата и костно-мышечной системы.

В оценку были также включены острые и хронические психотравмирующие обстоятельства жизни, которые были соответствующим образом ранжированы в группе отдыхающих, проходивших полный курс психологического вмешательства. Острые психосоциальные стрессоры в виде утраты близкого человека являются достаточно частыми причинами приезда в санаторий (табл. 4). Поэтому данная психотравмирующая ситуация должна отмечаться санаторной психологической службой, чтобы способы вмешательства учитывали уровень реакции горя и ее этап.

Необходимо отметить, что нами выявлен достаточно большой показатель хронических психотрав-

Таблица 3

Распределение выраженности признаков ситуативной тревоги и личностной тревожности по шкалам Спилберга–Ханина

Вид тревоги, баллы	
Реактивная	Личностная
43.5±1.8	52.0±1.7

Таблица 4
Острые психотравмирующие ситуации, предшествовавшие депрессивным признакам

Острые психосоциальные стрессоры	Число отдыхающих	
	абс.	%
Утраты актуального близкого	9	15.3
Кризис в семейных отношениях, включая развод, расставание	1	1.7
Ожидание бракоразводного процесса	1	1.7
Отсутствие острого психосоциального стрессора	48	81.3
Итого	59	100

мирующих ситуаций у отдыхающих с выраженными психологическими признаками депрессии. Хронические психотравмирующие ситуации были обнаружены у 154 человек. По частоте встречаемости и пропорции к группе без действия хронических психосоциальных стрессоров на первом месте оказались: неустроенность в личной жизни – 40 %, алкогольная зависимость супруга – 37 %, отсутствие стабильности в семейных отношениях – 36 %, нарушение межличностных контактов – 29 %, конфликты с детьми – 20 % и ухудшение здоровья – 21 %.

Опыт травматических переживаний в детстве и в подростковом возрасте наблюдался в 41% случаев. Они были связаны с психологической депривацией, эмоциональным отвержением кем-либо из родителей в 29 % наблюдений; жестокое обращение, частые, в том числе физические, наказания наблюдались в 11 % случаев; переживание потери родителей, смерть или уход из семьи – 11 %. Алкогольная зависимость родителей с воспоминаниями о конфликтах, побоях и ощущением страха перед фигурой пьяного отца наблюдалась в 3 % случаев. В двух случаях в качестве психотравмирующего фактора, вызвавшего сильный страх, были эпилептиформный приступ у отца и заболевание отца шизофренией. Два наблюдения были связаны с изнасилованиями в подростковом возрасте и один случай – с воспитанием в детском доме во время Великой Отечественной войны.

В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 у 108 (29 %) из 373 имевших депрессивные признаки и обратившихся за консультацией к психиатру были диагностированы депрессивные расстройства (табл. 5), что составило 18.7 % от всей обследованной выборки, состоявшей из 576 человек при первичном скрининге.

Важно отметить, что число случаев с рекуррентным депрессивным расстройством и хроническим расстройством настроения в форме дистимии значительно выше, чем с однократным депрессивным эпизодом, депрессивными реакциями и тревожно-

депрессивным расстройством, при котором депрессия и тревога не достигают пороговых значений соответствующих расстройств.

Таблица 5
Распределение депрессивных расстройств согласно рубрикам МКБ-10

Диагноз	Абс.	%
ЛДЭ с соматическими симптомами	8	7.4
ЛДЭ без соматических симптомов	4	3.7
УДЭ с соматическими симптомами	18	17.0
РДР, текущий ЛДЭ без соматических симптомов	3	2.7
РДР, текущий ЛДЭ с соматическими симптомами	13	12.0
РДР, текущий УДЭ с соматическими симптомами	14	13.0
РДР, текущий УДЭ без соматических симптомов	3	2.7
РДР, состояние ремиссии	11	10.2
РДР, текущий ТДЭ	3	2.7
Дистимия	19	17.6
Кратковременная депрессивная реакция	2	1.8
Пролонгированная депрессивная реакция	6	5.5
Смешанное тревожно-депрессивное расстройство	4	3.7
ИТОГО	108	100

Примечание. ЛДЭ – легкий депрессивный эпизод; УДЭ – умеренный депрессивный эпизод; ТДЭ – тяжелый депрессивный эпизод; РДР – рекуррентное депрессивное расстройство.

Исходя из полученных данных, следует отметить следующее. Среди отдыхающих, обратившихся за консультацией в психологическую службу санатория, распространенность расстройств депрессивного спектра составляет 18.7 % случаев, а количество лиц, имеющих состояние дистресса, в котором достаточно выражены депрессивные симптомы, – 64.7 % общего числа обследованных. Практически все отдыхающие с депрессивными расстройствами или симптомами имели соматическое заболевание в сочетании с неблагоприятными жизненными обстоятельствами. Как известно, лица, пережившие в прошлом травматические события, неблагоприятные жизненные обстоятельства, обладают определенной диспозицией к возникновению депрессии в зрелом возрасте [29]. С другой стороны, коморбидность депрессивных расстройств и соматических заболеваний также дает значительное увеличение депрессий по данным различных эпидемиологических исследований [1, 6, 11, 13].

Учитывая наши предыдущие исследования [3], следует остановиться на следующих факторах. Многие неблагоприятные жизненные события мо-

гут вызывать психологические переживания и психические страдания, при которых снижается настроение, появляются некоторое угнетение и чувство беспокойства. Существует необозримая литература, в которой анализируются проявления тех или иных депрессивных нарушений после действия определенных психосоциальных стрессоров, соматических заболеваний и интрапсихических реактивных конструктов, окрашивающих в негативные тона восприятие личностью себя и окружающего мира. Гамма переживаний и эмоциональные оттенки могут носить чрезвычайно разнообразный характер, но клиническое значение в психологическом и медицинском отношении приобретают только те депрессии, которые имеют определенную психопатологическую структуру и пороговое значение определенной совокупности депрессивных признаков.

Любая классификационная система депрессивного расстройства обязана объяснить облигатные аффективные нарушения. В этом заключается не просто вопрос определенной интерпретации, почему человек может чувствовать печаль и угнетенное настроение, но также обоснование природы расстройства настроения. Диагностические вопросы начинаются с определения самого главного симптома депрессии – тоскливого, подавленного настроения. Три аспекта тоски в континууме обычных, нормальных и качественно измененных, болезненных проявлений клинический психолог и психиатр должны оценивать. При этом важно фиксировать следующие особенности: во-первых, тяжесть проявления нарушения настроения; во-вторых, отличительные качества эмоциональных изменений; в-третьих, суточную стабильность/вариативность настроения.

В феноменологическо-дискриптивных и операциональных критериях современных международных классификаций при описании подавленного настроения вводятся критерии тяжести (тоска, несоответствующая реальным обстоятельствам), временной стабильности, постоянности (ежедневно большую часть дня) и длительности (не менее двух недель). Несмотря на выделенные черты депрессивного настроения, его отличительные качества часто вызывают значительные трудности в определении этого особого качественного состояния аффекта. Как было отмечено, в структурированных интервью для оценки депрессии более высокая достоверность была зафиксирована почти для всех ее других симптомов по сравнению с симптомами нарушения настроения [29]. Реакции горя и печали являются наиболее яркими проявлениями человеческого страдания. Они часто индивидуально окрашены и у одних лиц в большей степени имеют физическое выражение, у других – психологическое.

Если принять во внимание, как было указано выше, континуальный подход, где по мере нарастания симптомов, определяющих клиническое содержание депрессивного расстройства, усиливается чувство тоски, то очевидно, что отличительным качеством депрессивной тоски от нормальной реакции печали будут являться признаки, которые могут объясняться биологической сущностью этого состояния. К ним можно отнести: конструкты утомляемости или утраты энергии; интернальность, погружение в мир негативных чувств и переживаний; утрату контроля, которая порождает необъяснимое чувство вины и неполноценности со сниженной самооценкой и самоупреками; упадок эмоциональной реактивности, доходящей иногда до полной утраты чувств и красок мира.

У отдыхающих психологические и соматические признаки депрессивных расстройств и нарушений, как видно из полученных данных, выходили за рамки простого усиления нормального переживания печали, тоски или горя. Иное качество субпороговых и клинических депрессивных нарушений вытекает из анализа данных вопросника А. Бека. Их можно объединить в три группы признаков: переживание неспособности и нежелания что-либо делать, состояние деморализации и чувство утраты инициативы; переживание сепарации, социальной изоляции; «соматического неблагополучия», чувство увядания от «внутренней болезни», хронического ощущения болей и недифференцированных общих стойких и тягостных соматопсихических ощущений. Эти субъективные переживания, поддерживаемые соматическими заболеваниями в сочетании с когнитивными нарушениями, выраженные в затруднении идеаторных процессов, изменениях в восприятии, переработке и воспроизведении информации, наряду с селективностью мышления, которое насыщено пессимистическими переживаниями вплоть до навязчивого повторения суицидальных мыслей, отмеченных в 7 % наблюдений, в своей совокупности и образовывали основание для явного проявления признаков депрессии.

Научная литература едина в том, что хорошо очерченные психологические проблемы, свойственные депрессии – обычное явление для общемедицинской практики и первичной медицинской сети здравоохранения самых различных стран [1]. Заметные ограничения функционирования нередко связаны именно с этими депрессивными нарушениями и обычно пропорциональны количеству присутствующих симптомов. На сегодняшний день основные результаты научных исследований сводятся к следующему: большинство людей с депрессивными расстройствами не обращаются за помощью в специализированные психиатрические службы; психологическое состояние с симптомами

нарушений депрессивного спектра могут влиять на восприятие состояния собственного физического здоровья; большая часть психологов и врачей знает признаки этих нарушений, но интерпретирует их в большей степени в причинной связи с психосоциальными или соматическими проблемами людей, что отрицательно влияет на их своевременное распознавание и реальное выявление.

Депрессивные расстройства и состояния дистресса в санаторных условиях являются, как показывают наши данные, большой проблемой. Они, не-

сомненно, отражают уровень общественного здоровья среды постоянного жительства отдыхающих. Следовательно, психическое здоровье должно быть интегральной частью помощи в системе психологических служб санаторно-курортной системы. Отсюда вытекает необходимость подготовки штата сотрудников, компетентных в вопросах распознавания и психологического вмешательства в сфере психического здоровья, так как эти навыки относятся к основам профессиональной подготовки психологического и медицинского персонала.

Литература

1. Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства. Диагностика, систематика, семиотика, терапия. Томск, 2000.
2. Образовательная программа по депрессивным расстройствам WPA/PTD. Модуль 1: Обзор и основные аспекты / Пер. с англ. Под общ. ред. Н.А. Корнетова. Киев, 2002.
3. Психологический кризис, депрессия и суицидальное поведение: интеграция усилий: Мат-лы науч.-практ. конф. / Под ред. проф. Н.А. Корнетова. Томск, 1999.
4. Ustun T.B., Sartorius N. (Eds.) Mental illness in general health care: an international study. N.Y., 1995.
5. Краснов В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» // Соц. и клинич. психиатрия. 1999. № 4.
6. Смулевич А.Б. Депрессии в общесоматической практике. М., 2000.
7. Шмаонова Л.М., Бакалова Е.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с депрессивными расстройствами, обратившихся в психиатрический кабинет территориальной поликлиники // Аффективные и шизоаффективные психозы. Современное состояние проблемы. М., 1993.
8. Schleifer S.J. et al. The nature and course of depression following myocardial infarction // Arch. Intern. Med. 1989. Vol. 149.
9. Paykel E.S. Recent life events and clinical depression // Life Stress and Illness. N.Y.; L.; P., 1973.
10. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020 / Eds. J.L. Murray, A.D. Lopez (Summary). Geneva, 1996.
11. Ustun T.B., Sartorius N. Health aspects of anxiety and depressive disorders // Intern. Clin. Psychopharmacol. 1993. Vol. 8.
12. Katon W., Sullivan M.D. Depression and chronic medical illness // J. Clin. Psychiatr. 1990. Vol. 51 (suppl).
13. Lyketsos C.G. et al. Major depression and its response to sertraline in primary care vs. Psychiatric office practice patients // Psychosom. 1999. Vol. 40.
14. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. 1977. Vol. 196.
15. Katon W. The epidemiology of depression in medical care // Inter. J. Psychiatr. Med. 1987. Vol. 17.
16. Robinson R.G. et al. A two-year longitudinal study of post-stroke mood disorders: findings during the initial evaluation // Stroke. 1983. Vol. 14.
17. Rost K., Smith G.R., Matthews D.B. et al. The deliberate misdiagnosis of major depression in primary care // Arch. Fam. Med. 1994. Vol. 3.
18. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Баумана. СПб., 2002.
19. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. rev. (DSM-III). Washington DC, 1980.
20. American psychiatric association. Diagnostic and statistical ... (DSM-III-R). Washington DC, 1987.
21. Widmer R.B., Cadoret R.J. Depression in primary care: changes in pattern of patient visits and complaints during a developing depression // J. Fam. Pract. 1978. Vol. 7.
22. American psychiatric association. Diagnostic and statistical ... 4th ed. (DSM-IV). Washington DC, 1994.
23. Краснов В.Н. Организационные вопросы помощи больным депрессией // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. № 5.
24. Watts C.A.N. Depressive disorder in the community. Bristol, 1966.
25. Кочунас Р. Основы психологического консультирования / Пер. с лит. М., 2000.
26. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб., 2001.
27. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Групповая психотерапия неврозов с соматическими масками. Ч. II: Практическая реализация подхода // Моск. психотерап. журн. 1996. № 1.
28. Beck A. Cognitive therapy and emotional disorders. N.Y., 1979.
29. Munoz R.A., Boddy P., Prime R. et al. Depression in the Hispanic community: preliminary findings in Hispanic general medical patients at a community health center // Ann. Clin. Psychiatr. 1990. Vol. 2.
30. Eisenberg L. Mindlessness and brainlessness in psychiatry // Brit. J. Psychiatr. 1977. Vol. 148.