

**ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ
У БОЛЬНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

В статье представлены результаты факторных анализов показателей эмоционального состояния различных групп психосоматических больных (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, тиреотоксикоз) и здоровых индивидов. Результаты исследования психосоматических пациентов статистически значимо отличаются от структуры депрессивных состояний здоровых испытуемых.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, эмоциональное состояние, депрессия, тревожность.

Психосоматические заболевания определяют как нарушения функций органов и систем организма, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит различным психологическим и психосоциальным факторам [5]. К наиболее эпидемиологически значимым относятся гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др. [1; 2; 9].

Среди различных патогенетических факторов психосоматических расстройств особая роль отводится психоэмоциональному стрессу и особенностям эмоционального реагирования со склонностью к затяжным эмоционально-негативным состояниям и неспособностью к изживанию отрицательного аффекта [6]. Длительные и интенсивные эмоционально-негативные состояния могут приводить к возникновению соматических заболеваний и их хронификации. Соматическое страдание и ограничения физических возможностей, накладываемые заболеванием, в свою очередь, способствуют развитию и усугублению эмоциональных расстройств [4; 6].

Согласно данным современных авторов, наибольший «удельный вес» среди многочисленных эмоционально-негативных состояний при психосоматических заболеваниях имеют депрессивные состояния, распространенность которых у соматических больных, по данным разных авторов, составляет от 42 до 78% [6; 7; 10; 12; 14; 16; 17; 18]. Депрессия повышает риск развития целого ряда заболеваний, в том числе атеросклероза, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, онкозаболеваний, сахарного диабета [16; 17; 18; 19; 20 и др.], осложняет диагностику и терапию уже имеющихся соматических заболеваний, ухудшает их прогноз [10; 16]. Клинически очерченная депрессия у соматических больных сни-

жает приверженность к лечению и достоверно чаще приводит к инвалидизации, чем отдельно взятое соматическое заболевание [10], повышает риск летального исхода [14; 17; 20]. Соматическое заболевание, в свою очередь, усложняет диагностику депрессии, усиливает ее тяжесть, способствует хронификации, видоизменяет ответ организма на проводимую терапию [10]. В связи с этим исследование особенностей депрессивных проявлений у больных психосоматическими заболеваниями представляет особую актуальность.

С целью выявления особенностей структуры депрессивных состояний при психосоматических заболеваниях обследовано 195 больных психосоматическими заболеваниями 20–50 лет (средний возраст – 31,15 лет), в том числе 62 больных гипертонической болезнью, 65 больных диффузным токсическим зобом, 68 больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Среди обследованных было 148 женщин и 47 мужчин.

В качестве контрольной группы обследовано 182 здоровых испытуемых, подобранных с учетом требования соответствия половозрастным и основным социально-демографическим показателям испытуемых клинической группы (средний возраст – 30,14 лет), в том числе 140 женщин и 42 мужчины.

В настоящем исследовании были использованы следующие методы: наблюдение, беседа, сбор анамнестических данных, тестирование с помощью стандартизированных опросников «Шкала депрессии» В. Зунга, «Шкала тревожности» Ч. Спилбергера, «Шкала агрессивности» Ч. Спилбергера, «Торонтская алекситимическая шкала», «Опросник выраженности психопатологических симптомов SCL-90-R».

Полученные результаты были подвергнуты математико-статистической обработке с помощью алгоритмов факторного анализа (метод мак-

симального правдоподобия с варимакс-вращением). Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета прикладных программ SPSS Statistics 17.0 (2008).

Согласно результатам факторизации, структура депрессивных состояний в каждой из исследуемых групп имеет специфические особенности. Так, в группе здоровых испытуемых депрессия образует наиболее тесные конstellляции с реактивной ($p \leq 0,01$) и личностной тревожностью ($p \leq 0,01$).

В группе больных гипертонической болезнью и в группе больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки депрессия наиболее тесно связана с межличностной чувствительностью ($p \leq 0,01$) и значениями по шкале «обсессивно-компульсивные проявления» ($p \leq 0,01$).

В группе больных диффузным токсическим зобом депрессия образует наиболее тесные конstellляции с межличностной чувствительностью ($p \leq 0,01$) и значениями по шкале «психотизм» ($p \leq 0,01$).

Таким образом, структура депрессивных состояний больных психосоматическими заболеваниями отличается по своему содержанию от структуры депрессивных состояний здоровых испытуемых. Если у здоровых испытуемых депрессивные реакции образуют наиболее устойчивые конstellляции с тревожностью (реактивной и личностной), то у больных психосоматическими заболеваниями – с межличностной чувствительностью, что указывает, с одной стороны, на их центральное положение в структуре депрессивного состояния у данных лиц, а с другой – на вероятную общность их патогенетических механизмов. Тревожно-депрессивные состояния наряду с депрессивной симптоматикой характеризуются нервозностью, напряжением и двигательным возбуждением. Межличностная чувствительность в структуре депрессивных состояний проявляется переживанием личностной неадекватности и неполноценности, в особенности, когда человек сравнивает себя с другими, самоосуждением и дискомфортом в процессе межличностного взаимодействия, негативными ожиданиями относительно межличностного взаимодействия и любых коммуникаций с другими людьми.

Тревожность в структуре эмоциональных состояний здоровых лиц может свидетельствовать о том, что реакции здоровых на стресс не выходят за пределы фазы тревоги (по Г. Селье), тогда как меж-

личностная чувствительность, преобладающая в структуре эмоциональных состояний больных психосоматическими заболеваниями, вероятно, отражает истощение приспособительных возможностей организма (фаза истощения, по Г. Селье).

Несмотря на определенное сходство структур депрессивных проявлений в трех нозологических группах, между ними обнаружены и различия. У больных гипертонической болезнью и у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки депрессия и межличностная чувствительность образуют единый симптомокомплекс со значениями по шкале «обсессивно-компульсивные реакции». Это согласуется с существующими представлениями о ключевой роли обсессивно-компульсивных проявлений и депрессии в психосоматических соотношениях при гипертонической болезни и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Так, личностный профиль больного гипертонической болезнью описывают как компульсивный тип [15] или «сизифов тип» (М. Friedman, R. Rosenman; 1959; В.В. Бобкова, 1970). Для больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, по данным разных авторов, также характерны обсессивно-депрессивные черты, компульсивное следование нормам и предписаниям, которые впоследствии усиливаются под влиянием необходимости соблюдать определенный режим лечения и приема пищи при данном заболевании, чувствительность, склонность к дисфориям и депрессиям [2; 3; 6].

У больных диффузным токсическим зобом депрессия образует тесные связи со значениями по шкале «психотизм», которые включают широкий диапазон проявлений от мягкой межличностной изоляции (избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни) до явных психотических симптомов. По наблюдениям различных авторов [6; 8; 12; 13], психотические проявления наиболее часто отмечаются при нарастании патологического процесса и формировании психогенного синдрома.

Анализ проведенных теоретических и экспериментальных исследований показал, что общими для всех обследованных групп больных являются тесная связь депрессии с межличностной чувствительностью, что отражает повышенную уязвимость этих лиц в отношении психотравмирующих воздействий и склонность реагировать на них пассивно-оборонительными реакциями.

Выявленные специфические особенности структуры депрессивных состояний (тесные связи депрессивных состояний с обсессивно-компульсивными проявлениями при гипертонической болезни и при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и с проявлениями психотизма при диффузном токсическом зобе) могут быть использованы в комплексном подходе к лечению больных психосоматическими и депрессивными расстройствами и при разработке психокоррекционных программ для предотвращения развития социальной дезадаптации как одного из важнейших негативных последствий этих расстройств.

Библиографический список

1. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина: Принципы и практическое применение: Пер. с англ. С. Могилевского. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. *Бройтшигм В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 380 с.
3. *Губачев Ю.М., Стабровский Е.М.* Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. – Л.: Медицина, 1981. – 216 с.
4. *Коркина М.В., Марилов В.В.* Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний // Журнал неврологии и психиатрии. – 1998. – Т. 98. – №11. – С. 30–32.
5. Краткий психологический словарь. 2-е изд., расшир., испр. и доп. / Под ред. А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского; ред.-составитель Л.А. Карпенко. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. – 512 с.
6. *Менделевич В.Д., Соловьева С.Л.* Неврология и психосоматическая медицина. – М.: Мед-Пресс-Информ, 2002. – 608 с.
7. *Оганов Р.Г.* Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике: результаты программы КОМПАС // Кардиология. – 2004. – № 1. – С. 48–54.
8. *Орловская Д.Д.* Психические расстройства при эндокринных заболеваниях // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина. 1983. – Т. 2. – С. 176–212.
9. Психосоматические заболевания: справочник / Под ред. Ю.Ю. Елисеева. – М.: АСТ, 2008. – 608 с.
10. *Смулевич А.Б.* Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: МИА, 2007. – 432 с.
11. *Смулевич А.Б.* Психосоматические расстройства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – №1. – С. 5–18.
12. *Тополянский В.Д., Труковская М.В.* Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
13. *Шурманова Е.В.* Клинико-функциональная характеристика и иммунологические особенности поражения нервной системы при диффузном токсическом зобе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иваново, 2006. – 24 с.
14. *Barefoot J.C.* Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample // J.C. Barefoot, M. Scholl. Circulation. – 1996. – Vol. 93. – P. 1976–1980.
15. *Dunbar F.* Emotions and bodily changes. – New York: Columbia University Press, 1954. – 192 pp.
16. *Evans D.L.* Depression in the medically ill: management considerations // Depression and Anxiety. – 1996. – Vol. 4. – №4. – P. 199–208.
17. *Frasure-Smith N., Lesperance F.* Depression and other psychological risks following myocardial infarction // Arch Gen Psychiatry. – 2003. – Vol. 60. – №6. – P. 627–636.
18. *Henningsen P.H., Zimmermann T., Sattel H.* Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review // Psychosom. Med. – 2003. – Vol. 65. – P. 528–533.
19. *Jonas B.S., Lando J.F.* Negative affect as a prospective risk factor for hypertension // Psychosomatic Med. – 2000. – Vol. 62. – P. 188–196.
20. *Zonderman A.B., Costa P.T. Jr., McCrae R.R.* Depression as a risk for cancer morbidity and mortality in a nationally representative sample // JAMA. – 1989. – Vol. 262. – №9. – P. 1191–1195.