

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИЙ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Ж. И. БЕЛОСТОЦКАЯ

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL MANIFESTATIONS OF DEPRESSION IN RURAL RESIDENTS

Zh. I. BELOSTOTSKAYA

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьков, Украина

Представлены выявленные у больных депрессией жителей сельской местности наследственная отягощенность по алкоголизму и интоксикации в анамнезе, сопутствующий алкоголизм, установлены факторы, провоцирующие развитие депрессивного эпизода, и синдромологическая структура депрессий.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, сельские жители, клинико-психопатологические особенности.

Family history of alcoholism and accompanying intoxication, revealed in patients with depression living in rural areas, are presented. The factors provoking development of depressive episode and syndromological structure of depressions were determined.

Key words: depressive disorders, rural residents, clinical-psychopathological peculiarities.

Депрессивные расстройства — наиболее распространенные психические нарушения как в структуре психической патологии, так и среди всех причин обращения за медицинской помощью [1, 2]. При этом частота их неуклонно возрастает во всем мире, в том числе и в Украине [3, 4]. По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. депрессия займет второе после ишемической болезни сердца место среди инвалидизирующих заболеваний [5, 6]. Этой проблеме уделяется достаточно внимания в специальной литературе. Изучены факторы развития депрессий (социальные, психологические, конституционально-биологические, нейрохимические); клинико-психопатологическая структура и динамика депрессивных расстройств, разработаны принципы и стандарты их терапии. Однако в имеющихся работах не учитываются характер труда и влияние особенностей места проживания больных, опубликованные данные основываются главным образом на результатах обследования городской популяции [7–9]. Имеются лишь единичные работы, посвященные диагностике и клиническим особенностям депрессивных расстройств у жителей сельской местности за рубежом [10], в Украине такие исследования не проводились.

В настоящем сообщении изложены результаты изучения клинико-психопатологических особенностей депрессий у жителей сельской местности, проведенного с целью разработки принципов и методов их диагностики, дифференциальной диагностики и терапии.

Нами были обследованы 209 больных депрессивными расстройствами, проходящих курс стационарного лечения в связи с первым или очередным депрессивным эпизодом. Основную клиническую

группу составили 113 больных с депрессией, проживающих в сельских районах Харьковской области. Средний возраст их был равен $36 \pm 2,89$ года, соотношение мужчины/женщины составило 0,43. В качестве группы сравнения были обследованы 96 депрессивных больных — жителей г. Харькова, средний возраст — $42 \pm 3,12$ года, соотношение мужчины/женщины — 0,52. Были представлены три нозоформы: биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод (F31.x); депрессивный эпизод (F32) и рекуррентное депрессивное расстройство (F33).

При обследовании больных использованы клинико-анамнестический и клинико-психопатологический методы, которые включали изучение анамнеза, архивной и текущей медицинской документации, стандартное структурированное клиническое интервью с пациентами, наблюдение за динамикой депрессивных симптомокомплексов.

Обследование показало, что основная группа достоверно ($p < 0,01$) превосходит группу сравнения по доле лиц с лабильным и сенситивным типами акцентуации характера. Среди жителей сельской местности чаще встречался лабильный тип ($p < 0,01$), среди городских жителей чаще встречались личности неустойчивого ($p < 0,05$) и истероидного ($p < 0,01$) типов. При этом в обеих группах наибольшую долю составляли лица с преобладанием психастенических и астенических черт (табл. 1).

В ходе исследования были выявлены различия по частоте лиц с наследственностью, отягощенной алкоголизмом (37,17%, $p < 0,01$), и лиц с интоксикацией в анамнезе, среди которых ведущее место занимали абзусы и запои (14,16%, $p < 0,05$).

Таблица 1

Частота типов акцентуации характера личности у обследованных больных

Диагностированный тип	Основная группа, $n = 113$	Группа сравнения, $n = 96$	Достоверность различий по χ^2 -критерию
Лабильный	10,62	2,08	$p < 0,01$
Астенический	19,47	17,79	$p > 0,05$
Истероидный	1,77	10,42	$p < 0,01$
Застревающий	2,65	7,29	$p > 0,05$
Сенситивный	15,93	5,21	$p < 0,01$
Психастенический	18,58	23,96	$p > 0,05$
Дистимический	10,62	7,29	$p > 0,05$
Неустойчивый	0,88	6,25	$p < 0,05$
Конформный	0,88	—	$p > 0,05$
Циклоидный	—	1,04	$p > 0,05$
Неопределенный или мозаичный	18,58	16,67	$p > 0,05$

Примечание. В этой и последующих таблицах — данные в процентах.

Таблица 2

Психосоциальные стрессоры, предшествовавшие развитию депрессивного состояния у обследованных больных

Психотравмирующий фактор	Основная группа, $n = 113$	Группа сравнения, $n = 96$	Достоверность различий по χ^2 -критерию
Не выявлен	37,17	53,13	$p < 0,01$
Тяжелая болезнь или смерть близких	16,81	20,83	$p > 0,05$
Смерть домашних животных	6,19	1,04	$p < 0,05$
Семейные конфликты	6,19	8,33	$p > 0,05$
Длительное психическое перенапряжение	13,27	6,25	$p < 0,05$
Социальное неблагополучие	8,85	1,04	$p > 0,05$
Резкая смена жизненного стереотипа	4,42	2,08	$p > 0,05$
Ситуация повышенной ответственности	1,77	3,13	$p > 0,05$
Операция по поводу фибромиомы у женщин	5,31	4,17	$p > 0,05$

Наиболее частым психотравмирующим фактором, способствующим развитию депрессивного эпизода, была смерть или тяжелая болезнь близких людей. Наши пациенты основной группы, как видно из данных табл. 2, оказались более уязвимы, чем горожане, к смерти домашних животных ($p < 0,05$) и длительному психическому перенапряжению ($p < 0,05$). В группе сравнения более чем в половине случаев какого-либо определенного психотравмирующего фактора найти не удалось, в основной группе доля таких больных составляла 37,17%.

Изучение продолжительности догоспитального течения депрессий (табл. 3) показало, что жители сельской местности чаще всего обращаются за помощью после года, и абсолютное большинство из них (в сумме 86,73%) — после 6 мес пребывания в депрессивном состоянии. У городских жителей пик обращаемости приходится на период от 2 до 6 мес развития депрессивной симптоматики (в сумме 63,54%).

Депрессивное состояние у жителей сельской местности манифестировало повышенной утомляемостью (82,3%, $p > 0,05$), общей слабостью (87,61%, $p < 0,05$), диссомнией (84,96%, $p > 0,05$), раздражительностью (76,11%, $p > 0,05$), эмоциональной лабильностью (64,6%, $p > 0,05$), тревогой (41,59%, $p < 0,05$), чувством страха (37,17%, $p < 0,05$), депрессивной алекситимией (91,15%, $p < 0,01$), различными сомато-вегетативными симптомами (90,27%, $p > 0,05$), вегетативными пароксизмами (39,82%, $p < 0,05$) и нарушениями аппетита (23,89%, $p > 0,05$).

Анализ синдромологической структуры депрессий у больных основной группы показал, что наиболее распространенным является тревожный (ажитированный) синдром, выявленный у 40,71% пациентов. Клинически данный синдром проявлялся диффузной тревогой, дурными предчувствиями, ощущением неопределенной угрозы и, как следствие, тотальной неуверенностью больного. Содержание тревоги менялось: опасения по поводу собственного состояния, беспокойство за близких, переживания совершенной больным «ужасной ошибки» и ее возможных последствий для окружающих. Тревожные опасения легко приобретали невротический сверхценный характер. Отмечались колебания аффекта, суетливость, нервозность, моторное беспокойство, в тяжелых случаях — ажитация. Эти проявления чаще отмечались в инволюционном возрасте на фоне сосудистой патологии, возникали аутохтонно, но, в отличие от тоскливого синдрома, реактивно зависели от внешних обстоятельств, постоянно увязывались с ними в сознании больного, резко усиливались в неблагоприятных ситуациях.

Тоскливый синдром был вторым по распространенности среди обследованных (табл. 4). Клинически он проявлялся преобладанием тоскливого аффекта, витальной психической болезнью, мучительным переживанием *anaesthesia psychica dolorosa*, идеаторной и моторной заторможенностью, колебаниями настроения и самочувствия в течение суток, чув-

Таблица 3

Продолжительность догоспитального течения депрессивного расстройства

Продолжительность течения депрессии	Основная группа, n = 113	Группа сравнения, n = 96	Достоверность различий по χ^2 -критерию
До 1 мес	0,88	5,21	$p < 0,05$
До 2 мес	2,65	9,38	$p < 0,05$
До 3 мес	3,54	30,21	$p < 0,001$
До 6 мес	6,19	33,33	$p < 0,01$
До 1 года	38,94	15,63	$p < 0,01$
Более 1 года	47,79	6,25	$p < 0,001$

Таблица 4

Встречаемость основных депрессивных синдромов у обследованных больных

Синдром	Основная группа, n = 113	Группа сравнения, n = 96	Достоверность различий по χ^2 -критерию
Тоскливый (меланхолический)	32,74	42,71	$p > 0,05$
Тревожный (ажитированный)	40,71	29,17	$p < 0,05$
Апатико-адинамический	3,54	5,21	$p > 0,05$
Обсессивно-депрессивный	0,88	8,33	$p < 0,01$
Сенесто-ипохондрический	20,35	10,42	$p < 0,05$
Астено-анергический	1,77	4,17	$p > 0,05$

Литература

1. Первый национальный конгресс неврологов, психиатров и наркологов Украины / П. В. Волошин, И. И. Кутько, В. И. Тайцлин и др. // Укр. вісн. психоневрології.— 1999.— Т. 6, вип. 1.— С. 66–70.
2. Кутько І. І., Напреєнко О. К., Козидубова В. М. Афективні розлади // Психіатрія / За ред. проф. О. К. Напреєнка.— К.: Здоров'я, 2001.— С. 353–372.
3. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение.— М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.— 240 с.
4. Вовк І. Л., Білостоцька Ж. І. Розповсюдженість та виявляємість депресивних розладів в районах Харківської області (дослідження за 5-річний період) // Укр. вісн. психоневрології.— 2005.— Т. 13, № 1 (42).— С. 49–54.
5. Михайлов Б. В. Депрессии как междисциплинарная проблема современной медицины // Арх. психиатрии.— 2004.— Т. 36, № 1.— С. 182–190.
6. Сарториус Н. Значение депрессивных расстройств

ством вины, идеями собственной неполноценности и несостоятельности, суицидальными мыслями. Как правило, сопровождался всевозможными соматовегетативными нарушениями — такими, как сухость кожи, мидриаз, снижение аппетита и веса, склонность к запорам и пр.

Изучение коморбидности в клинической картине депрессивных расстройств показало, что сопутствующее злоупотребление алкоголем встречается чаще у жителей сельской местности: 30,09%, по сравнению с горожанами — 13,54% ($p < 0,01$). При этом встречаемость отдельных видов коморбидных соматических расстройств, равно как и общее их соотношение, в сравниваемых группах существенно не различается ($p > 0,05$).

Таким образом, результаты обследования больных депрессивными расстройствами позволят сделать следующие выводы. У всех страдающих депрессиями жителей сельской местности отмечаются явно выраженные акцентуации, чаще всего лабильный и сенситивный их типы. Более чем у половины больных имеет место наследственная отягощенность по алкоголизму и интоксикации (абзусы и запои) в анамнезе, а также сопутствующий алкоголизм или бытовое пьянство. Самым частым психотравмирующим фактором, способствующим развитию депрессивного эпизода у жителей сельской местности, является смерть или тяжелая болезнь близких людей, затем длительное психическое перенапряжение и смерть домашних животных. Жители сельской местности чаще всего обращаются за специализированной помощью после года пребывания в депрессивном состоянии. Наиболее распространенным синдромом в структуре депрессий у них является тревожный (ажитированный), вторым по распространенности — тоскливый синдром. Выявленные особенности течения и проявлений депрессии следует учитывать при психодиагностике и психокоррекции этой патологии у сельских жителей.

для уровня здоровья населения // Междунар. мед. журн.— 2001.— Т. 7, № 3.— С. 20–21.

7. Краснов В. Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» // Соц. и клин. психиатрия.— 1999.— № 4.— С. 5–9.
8. Марута Н. А., Явдак И. А., Козидубова С. М. Эпидемиология психических расстройств в Украине на современном этапе // Актуальные проблемы пограничной психиатрии, психотерапии, медицинской психологии.— Харьков, 1999.— С. 72–78.
9. Оганов Р. Г., Ольбинская Л. И., Смулевич А. Б. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской сети. Результаты программы КОМПАС // Кардиология.— 2004.— № 1.— С. 48–52.
10. Corruble E., Guelf J. D. Pain complaints in depressed inpatients // Psychopathology.— 2000.— Vol. 33.— P. 307–309.

Поступила 05.12.2007