

**КОМОРБИДНОСТЬ ТРЕВОЖНЫХ
И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
В СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ**

Корнетов Н.А., Сорокина А.В.
*Сибирский государственный
медицинский университет
Томск, Россия*

Активная физическая и психическая деятельность, чувство напряжения, возникающее на различные внешние и внутренние стимулы, состояние стресса, которое активизирует вегетативную нервную систему, являются типичными для человека реакциями и состояниями, которые, несомненно, формировались в эволюционно-биологическом отношении как адаптивные механизмы гибкого реагирования к разнообразию окружающего мира. Фактически можно считать, что предчувствие опасности, интуитивная тревога являются тонкими интегральными характеристиками, которые формируют определенные защитные механизмы. После работ Ганса Селье понятие о стрессе широко интерпретируется в психологии и психиатрии. В настоящее время состояние стресса подразделяют на 2 компонента: стрессор – событие, которое вызвало необходимость в изменениях – и стрессовый ответ, то есть индивидуальная реакция человека на него [2]. Существуют попытки классифицировать психосоциальные стрессоры по степени тяжести. Однако такой подход является некоторым формализационным упрощением, поскольку индивидуальная типология людей, как с психобиологической, так и с социально-психологической основах, крайне вариабельна. С другой стороны, реакция на стресс также определяется полиморфизмом этих характеристик. В итоге проблема оценки нормальной и аномальной тревожности является достаточно сложной, если опираться только на диагностические категории в их развернутых современных представлениях. Доказательным примером альтернативности категориальной модели психических и поведенческих расстройств являются измерительные шкалы. Eaton и Ritter (1988) выделили шкалы тревоги и депрессии из опросника DIS, использованного на выборке из 2796 респондентов, принимавших участие в Эпидемиологическом исследовании территорий (ЕСА), которое проводилось в два приема с интервалом в 1 год [3]. Исследователи не смогли привести доказательств нозологической специфичности тревоги и депрессии. Были зарегистрированы сходные социоэпидемиологические характеристики лиц с высокими показателями по обоим шкалам. Эти данные указывают на то, что две различные диагно-

стические категории сосуществовали одновременно в течение достаточно длительного времени. Таким образом, современные категориальные системы дискретно не выделяют отдельные психические расстройства, и в ситуации наличия тревоги и депрессии они часто носят коморбидный характер. В этой связи нами была поставлена цель исследовать уровень тревоги во взаимосвязи с депрессией при разной их степени выраженности.

Участники, материалы и методы. В исследовании приняли добровольное участие 86 студентов лечебного и педиатрического факультетов Сибирского государственного медицинского университета в условиях информированного согласия. При этом лиц мужского пола – 16, лиц женского пола – 70. Средний возраст студентов – $21,51 \pm 2,48$.

В качестве методов исследования использовали оценочная клиническая шкала тревоги Шихана, а также шкала PHQ-9 с разрешения проф. Спитзера и проф. Кренке для руководителя программы «Распознавание депрессии»-РАДЕП Н.А. Корнетова с целью оценки вероятности наличия и степени выраженности депрессивных расстройств [4]. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS 11.5 с помощью критерия Крускала-Уолиса, критерия Мэнна-Уитни и рангового коэффициента корреляции Спирмена.

Было проведено сравнение степени выраженности депрессии по PHQ-9 у студентов с нормальным, субклиническим и клинически значимым уровнем тревоги по шкале Шихана и установлено, что между всеми тремя группами существуют статистически значимые различия. При этом надо отметить, что среди опрошенных студентов по результатам тестирования с использованием шкалы PHQ-9 выявлена высокая распространенность депрессивных расстройств – 30,23% (26 человек). Таким образом, в группе студентов с нормальным уровнем тревоги, установленным с использованием шкалы Шихана, не было обнаружено каких-либо признаков депрессии при исследовании, проведенном с помощью шкалы PHQ-9. Но при субклиническом уровне тревоги по шкале Шихана, также как и при клинически значимом, было установлено наличие клинического уровня депрессии.

Обсуждение. Возвращаясь к эпидемиологическим данным, представленным в [3], подчеркнем, что при наличии клинических проявлений тревоги сочетано с ней выступала и депрессия. В нашем исследовании также показано, что, если отсутствуют симптомы психического расстройства определенного ранга, в

частности тревоги, то отсутствуют и симптомы депрессии. Но при наличии легких субклинических тревожных нарушений, а также тревожных расстройств симптомы депрессии достигали клинического уровня и выступали в коморбидности с этими тревожными расстройствами. Как указывают Голдберг и Хаксли, типичные симптомы психических расстройств удобно описывать как проявления двух измерений симптоматологии, которые связаны друг с другом, и, следовательно, могут быть обозначены как тревога и депрессия [1]. Эти авторы также отмечают, что тревогу обычно связывают с угрозой, а депрессию – с утратой. Таким образом, вероятно, мы имеем дело с процессами наказаний и поощрений, которые интенсивно изучались психологами. В данном контексте имеется в виду, что большая часть реакций страха усваивается через наказание, а не через лишение награды. Известно, что подобные различия восприимчивости обусловлены генетически, что было показано на животных.

Резюмируя полученные нами данные следует отметить, что тяжелые психические расстройства, например, такие как психоорганический синдром, шизофрения, биполярные расстройства с психотическими симптомами и депрессивные психозы по меньшей мере достаточно отчетливо отвечают категориальной клинической диагностической модели, в то время как невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства наряду с депрессией и дистимией клинически выглядят более размытыми и количество сочетанных форм этих расстройств одновременно и в течение жизни достаточно велико, что требует дальнейшего совершенствования измерительного диагностического аппарата.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Голдберг Д., Хаксли П. Распространенные психические расстройства: Биосоциальная модель/ Пер. с англ. Д. Полтавца. К.: Сфера, 1999. – 256 с.
2. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 4-е издание. – СПб: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. – 640 с.
3. Eaton W. and Ritter, C. «Distinguishing anxiety and depression with field survey» // *Psychological Medicine*, 1988, 18, 155-166.
4. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. // *J. Gen. Intern/ Med.* 2001, Sep; 16(9):606-13.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЕТИ

Корнетов Н.А., Шмунк Е.В.

*Сибирский государственный медицинский университет
Томск, Россия*

Современные данные [2] показывают необходимость учета экономических затрат здравоохранения в отношении пациентов с коморбидными психическими и соматическими расстройствами, а также необходимость обучения распознаванию и терапии депрессивных расстройств в первичной медицинской сети.

По данным исследователей распространенность аффективных расстройств в странах Европы, США и России неуклонно нарастает [1,2].

Цель исследования заключалась в анализе подходов врачей терапевтов к депрессивным пациентам в амбулаторно-поликлинической практике.

Участники, материал и методы. Группа обследуемых в амбулаторно-поликлинической сети при информированном согласии состояла из 103 пациентов. Диагностика расстройств депрессивного спектра (однократного депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного расстройства и др.) осуществлялась по исследовательским диагностическим критериям МКБ-10 [1994] Исследование назначений и обследований пациентов с депрессивными расстройствами, которые осуществлялись участковыми терапевтами, проводились с помощью оригинального «Стандартизованного опросника обращения пациентов с симптомами депрессии в общесоматической сети» [1].

Результаты исследования. Большая часть обследованных пациентов (61,8%) до поступления в психиатрический стационар обращались за помощью к врачам первичной сети. Из них более двух визитов в поликлинику совершили 47,1%. Почти половина всех пациентов (49,0%) была осведомлена о существовании специализированной психиатрической помощи. Средняя длительность расстройств до поступления в психиатрический стационар составила 19,1 месяц (от 0,5 до 312 месяцев).

Число визитов к врачам поликлиники в среднем составило 3,6 посещения на человека (от 0 до 49). Больше количество визитов к врачам первичной сети приходилось на пациентов с жалобами со стороны сердца (t- критерий для независимых выборок, $p=0,02$) и меньшее, с жалобами на снижение энергичности