

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения	5
Введение	6
Психосоматическое направление в медицине	8
Психосоматический подход	10
Распространенность депрессивных расстройств	15
Классификация депрессивных расстройств	18
Эндогенные депрессии	18
Психогенные депрессивные состояния	24
Депрессивные реакции	24
Депрессия истощения	26
Невротическая депрессия	27
Физиологические компоненты депрессии	31
Психологические факторы депрессии	32
Личность депрессивного пациента	37
Интегративная модель депрессии	40
Современная классификация депрессий	42
Диагностические критерии	43
Коморбидность депрессии и тревоги	44
Проблема соматизированных депрессий	48
Суицидальное поведение	53
Пресуицидальный синдром	58
Психология умирания и смерть	59
Сообщение диагноза и прогноза депрессивному больному	63
Психологические реакции умирающих	65
Паллиативная терапия и радикальная медицина	69
Динамика психологических реакций умирающих	74
Собственно умирание	79
Психологическая помощь умирающим	83
Коморбидность депрессии и соматических заболеваний	85
Этиология депрессивных расстройств	101
Лечение депрессивных расстройств	105
Психотерапия в клинике внутренних болезней	105
Психотерапевтический подход при лечении депрессивных больных	113

Когнитивная терапия А. Бека	119
Когнитивные модели эмоциональных расстройств	127
Когнитивная модель депрессии	127
Когнитивная модель тревожных расстройств	130
Когнитивная модель панического расстройства	131
Когнитивная модель фобии	132
Содержание когнитивной психотерапии	133
Этапы когнитивной терапии	136
Когнитивная терапия депрессии	149
Объекты когнитивной модификации	151
Когнитивные техники в терапии депрессии	153
Поведенческие техники в терапии депрессии	156
Профилактика депрессии	166
Медикаментозная терапия	167
Правовые аспекты психофармакологической помощи	167
Классификация антидепрессантов	169
Опыт применения тразодона (Триттико) у больных с синдромом раздраженного кишечника	175
Принципы терапии антидепрессантами	185
Заключение	188
Литература	192
Приложение	199

ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ДЕПРЕССИИ

Как клиническая, так и психологическая работа с депрессивными больными убеждает в том, что депрессия — сложный многоуровневый феномен, структура которого совпадает с уровнем организации человека: депрессии сопутствуют изменения в соматической, психологической и социальной сферах. Когда мы видим перед собой депрессивного субъекта, мы подозреваем у него не только сниженное настроение, но и утрату социальных интересов, специфический взгляд на окружающий мир, а также утренние пробуждения, запоры, колебания артериального давления и всю остальную симптоматику как на физиологическом, так и на социально-психологическом уровне независимо от того, квалифицируется ли депрессивное состояние как реактивное или как эндогенное.

Подобный подход отмечается, например, в работах А. Бека. Рассматривая депрессию как комплекс психических феноменов, автор относит характеристики депрессивного состояния к четырем основным группам. Эмоциональные проявления выражаются часто наблюдающимися унынием или угнетенным настроением. Когнитивные проявления представлены склонностью депрессивного пациента рассматривать себя как неполноценного в отношении того, что для него наиболее важно. Мотивационные проявления представлены пассивностью, зависимостью, избеганием и параличом воли; вегетативные и физические — потерей аппетита и расстройствами сна (Beck A., 1967).

Представления о депрессии как о сложном многоуровневом явлении приводят к выводу о том, что ее лечение должно быть комплексным, включать как медикаментозную терапию, так и психологические и социальные воздействия, направленные на стимуляцию социальных интересов и расширение ролевого репертуара.

Между тем психосоциальные влияния при лечении депрессий, как правило, рассматриваются в отрыве от медикаментозного сопровождения, и наоборот, лекарственная терапия проводится независимо от психотерапии и психологической коррекции депрессивных состояний.

Рассматривая проблему соотношения медикаментозной терапии и психотерапии при депрессиях, А. Бек и соавт. (2003) отмечают, что не все такие больные реагируют на антидепрессанты: только у

60–65% пациентов наблюдается выраженное улучшение в результате применения обычных трициклических препаратов. Поэтому у 35–40% депрессивных пациентов, которым не помогло медикаментозное лечение, должны быть использованы иные методы. Кроме того, отмечают авторы, многие из пациентов, которым могло бы помочь медикаментозное лечение, либо отказываются принимать лекарства в силу личных причин, либо прекращают начатый курс из-за развития побочных эффектов. Наконец, по мнению авторов, в долгосрочной перспективе зависимость от лекарственных препаратов может косвенным образом повлиять на способность пациента использовать собственные психологические методы преодоления депрессии.

Психотерапевтический опыт даже для «эндогенного» больного имеет обучающее значение: в ходе предложенной А. Бекем когнитивной психотерапии пациент вырабатывает эффективные психологические способы преодоления депрессии, научается распознавать ее приближение и принимать необходимые меры, а возможно, даже предотвращать депрессию. Длительное психологическое воздействие на личность депрессивного пациента позволяет корректировать его картину мира, его систему представлений о других людях, о самом себе таким образом, чтобы активизировать адаптивные и компенсаторные ресурсы для преодоления болезни.

«Тот факт, — пишут А. Бек и соавт., — что количество суицидов остается по-прежнему высоким вопреки крайне широкому применению антидепрессантов, свидетельствует о том, что фармакотерапия, хотя и служит временным разрешением суицидального кризиса, не предохраняет пациента от совершения попыток самоубийства в будущем. Исследования показывают, что психологическим ядром суицидального пациента является чувство безнадежности (или «генерализованные негативные ожидания»). Позитивные результаты работы с чувством безнадежности у депрессивных пациентов убеждают нас в том, что когнитивная терапия по сравнению с фармакотерапией имеет более устойчивый «антисуицидальный эффект»».

В связи со смещением акцентов на психо- и социотерапию в системе комплексного лечения депрессивных состояний различного генеза появляется все больше исследований, посвященных возможностям и перспективам психологических воздействий как на психогенную, так и на эндогенную депрессию.

СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕПРЕССИЙ

Выявлению депрессий способствуют содержащиеся в современных классификациях заболеваний (МКБ-10, DSM-V) четкие критерии диагностики рассматриваемых расстройств. В Международной классификации болезней (МКБ-10), в которой психические и поведенческие расстройства квалифицируются по синдромальному принципу, основное значение придается соответствию клинической картины наблюдаемого расстройства набору следующих стандартизованных диагностических критериев (Смулевич А. Б., 2001, 2005).

Расстройства настроения (аффективные расстройства) в МКБ-10 находятся под рубриками F30–F39 и имеют общие диагностические указания.

А. Расстройства, при которых основным нарушением является измененное настроение (аффект) депрессивного или маниакального характера. Обычно расстройства аффекта проявляются в изменении общего уровня активности. Большая часть других симптомов вторична либо легко вписывается в контекст изменений уровня активности.

Б. Большинство аффективных расстройств имеют тенденцию повторяться. Начало отдельных эпизодов часто связано с психотравмирующим событием или ситуацией.

Диагностический класс «Аффективные расстройства» (F30–F39) в МКБ-10 включает категории:

- F30. Маниакальный эпизод.
- F31. Биполярное аффективное расстройство.
- F32. Депрессивный эпизод.
 - F32.0. ... легкой степени.
 - F32.1. ... средней степени.
 - F32.2. ... тяжелый без психотических симптомов.
 - F32.3. ... тяжелый с психотическими симптомами.
- F32.8. Другой депрессивный эпизод.
- F32.9. Неуточненный депрессивный эпизод.
- F33. Рекуррентное аффективное расстройство.
- F34. Хронические аффективные расстройства.
 - F34.0. Циклотимия.
 - F34.1. Дистимия.

F38. Другие аффективные расстройства.

F39. Неуточненные аффективные расстройства.

Среди депрессивных расстройств у пациентов общесоматического профиля преобладают дистимии (21,2%) и депрессивные эпизоды (13,8%). В соответствии с критериями МКБ-10 выделяют ряд основных и дополнительных симптомов депрессивного эпизода, выявление и распознавание признаков которого является наиболее актуальным для терапевтической практики.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Основные симптомы:

1. Снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее 2 недель вне зависимости от ситуации.

2. Отчетливое снижение интересов и способности получать удовольствие от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями.

3. Снижение энергии и повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы:

1. Снижение способности концентрации внимания.

2. Заниженные самооценка и уверенность в себе.

3. Идеи вины и самоуничтожения.

4. Мрачное, пессимистическое видение будущего.

5. Идеи и действия самоповреждения или суицидальные.

6. Нарушения сна.

7. Сниженный аппетит.

Для верификации тяжелого депрессивного эпизода в клинической симптоматике ведущее место должны занимать три первых основных проявления депрессии в сочетании не менее чем с четырьмя дополнительными симптомами. Для установления диагноза депрессивного эпизода средней тяжести необходимо присутствие двух основных и трех дополнительных симптомов. Для диагностики легкого депрессивного эпизода достаточно присутствия двух основных и двух дополнительных симптомов. При этом во всех трех вариантах депрессии основные ее проявления должны длиться не менее 2 недель. В общемедицинской практике в ос-

новном наблюдаются больные с легкой и средней степенью депрессии. Если депрессивные эпизоды продолжительностью не менее 2 недель повторяются с интервалом в несколько месяцев по меньшей мере дважды, то диагностируют повторные или рекуррентные депрессивные расстройства. Повторные депрессивные эпизоды могут быть спровоцированы стрессовой ситуацией.

В классификации психических расстройств, принятой в США (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. — DSM-IV), приводятся следующие критерии депрессии:

1. Подавленное настроение (на протяжении большей части дня).
2. Снижение интересов и способности испытывать удовольствие.
3. Значительное снижение или повышение аппетита и массы тела.
4. Нарушения сна (бессонница или сонливость).
5. Психомоторное возбуждение или заторможенность.
6. Повышенная утомляемость, упадок сил.
7. Ощущение собственной бесполезности или идеи виновности.
8. Снижение способности к концентрации внимания, принятию решений.
9. Повторяющиеся мысли о смерти, суицидальные попытки.

КОМОРБИДНОСТЬ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ

Больные с типичными проявлениями депрессии достаточно быстро оказываются в поле зрения психиатров. Напротив, пациенты с атипично протекающими депрессиями долго и подчас безрезультатно лечатся у врачей общей практики, так как распознать подобное расстройство достаточно сложно. На практике чаще всего врач сталкивается с атипично протекающими стертыми депрессиями, и поэтому ему необходимо концентрировать внимание на атипичных симптомах. Следует подчеркнуть частую встречаемость при депрессии тревожных расстройств, которые нередко выходят на первый план, затмевая собственно депрессивные симптомы. Коморбидность депрессии и тревоги достигает 62%.

Тревога определяется в отечественной литературе как отрицательное эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом, которое проявляется в «ожидании неблагоприятного развития событий». Тревога — это эмоция, направленная в будущее, связанная с ожиданием возможных неудач. Думая о будущем, в состоянии тревоги человек предвидит, прогнозирует, предвосхищает возможные неудачи. Он формирует соответствующие прогнозу ожидания и установки, ведет себя в соответствии со своими установками и тем самым часто навлекает именно те события, которых боится. Поэтому в определенной степени можно сказать, что в состоянии тревоги происходит своеобразное программирование неудачи.

Как эмоция, направленная в будущее, функционально тревога не только предупреждает субъекта о возможной опасности, но и побуждает к поиску и конкретизации этой опасности, к активному исследованию окружающей действительности с установкой на выявление угрожающего объекта. Так, по мнению Ф. Б. Березина (1988), тревога «представляет собой не столько форму психической адаптации, сколько сигнал, свидетельствующий о ее нарушении и активирующий адаптивные механизмы». Таким образом, по мнению автора, тревога может иметь охранительную и мотивационную роль, сопоставимую с ролью боли: «с возникновением тревоги связывают усиление поведенческой активности, изменение характера поведения или включение механизмов интрапсихической адаптации; причем уменьшение интенсивности тревоги воспринимается как свидетельство достаточности и адекватности реализуемых форм поведения, как восстановление ранее нарушенной адаптации».

Центральный элемент тревоги представляет собой ощущение угрозы. «Состояние тревоги возникает, когда индивид воспринимает определенный раздражитель или ситуацию как несущие в себе актуально или потенциально элементы опасности, угрозы, вреда» (Спилбергер Ч., 1983). Тревога — «ощущение неопределенной угрозы, характер и время возникновения которой не поддаются предсказыванию», «чувство диффузного опасения и тревожного ожидания» (Poldinger, 1970), «неопределенное беспокойство» (Kempinski, 1977), «представляет собой результат возникновения или ожидания фрустрации и наиболее интимный (и облигатный) механизм психического стресса» (Березин Ф. Б., 1988).

Аналогичным образом определяют состояние тревоги и другие отечественные исследователи: «тревога — устойчивое психическое состояние, которое характеризуется обратимостью при нормализации соматического состояния и социальных условий и определяется как устойчивое состояние неопределенной угрозы, характер и направленность которой неизвестны» (Соколов Е. И., Белова Е. В., 1983). Состояние тревоги облегчает формирование целого ряда других негативных эмоций и обеспечивает, по мнению авторов, яркое проявление этих отрицательных эмоций, их значительную интенсивность в ответ на незначительные эмоциогенные раздражители. Тревога как «субъективное чувство опасения и надвигающейся опасности» обычно негативно окрашена, она направлена в будущее, в противоположность таким эмоциям, как сожаление и чувство вины.

Страх и тревога изменяют течение познавательных психических процессов. Под влиянием интенсивных переживаний тревоги, паники, ужаса наблюдается дезорганизация интеллектуально-мнестической деятельности. Этот феномен, обозначаемый как «аффективная загруженность», характеризует, в частности, особенности познавательной деятельности больных с пограничными нервно-психическими расстройствами, пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. У пациентов с невротами при тестировании может наблюдаться снижение интеллектуального коэффициента, обусловленное не интеллектуальной недостаточностью, а, скорее, эмоциональной загруженностью: переживанием проблем, конфликтных взаимоотношений, разнообразных жизненных сложностей.

Под влиянием тревоги может наблюдаться повышение или снижение чувствительности, нарушение перцептивной деятельности. При незначительно выраженной тревоге более характерным является повышение концентрации внимания с повышением эффективности аналитико-синтетической деятельности мышления (эффект мобилизации), при интенсивной тревоге — панике, ужасе — снижение концентрации внимания, нарушение оперативной памяти, понижение уровня аналитико-синтетической деятельности (эффект дезорганизации). Нарушения продуктивности мышления могут сопровождаться растерянностью, снижением волевой деятельности.

Психологические феномены тревоги и депрессии — наиболее распространенные среди всех эмоционально-негативных пережи-

ваний явления. Особенно часто они характеризуют психические состояния, возникающие в практике врача-терапевта. До 80% больных с данной патологией обращаются к терапевтам, в частности к кардиологам. При этом тревожно-депрессивное расстройство распознается лишь в каждом четвертом случае, и только половине таких пациентов назначается адекватная терапия.

Важно подчеркнуть, что тревожно-депрессивное расстройство часто начинается в молодом возрасте, причем у трети пациентов заболевание протекает в хронической форме, а еще у трети больных подобные нарушения носят рецидивирующий характер. Развитие тревожно-депрессивного расстройства обычно значительно ухудшает состояние больных (только 10% из них остаются в относительно удовлетворительном состоянии), резко снижает качество жизни, негативно влияет на профессиональную деятельность. За таким расстройством может скрываться тяжелая соматическая патология, несвоевременное выявление которой чревато весьма неблагоприятными последствиями. Тревожно-депрессивное расстройство, наиболее часто наблюдающееся в общесоматической практике, отличается значительным клиническим разнообразием и может проявляться как изолированно, так и в качестве составляющей многих других аффективных расстройств.

Сочетание кардиологической патологии и тревожно-депрессивного расстройства значительно осложняет течение обоих заболеваний, создавая своеобразный «порочный круг». Весьма часто клинические проявления кардиальной патологии (ангинозные приступы, нарушения сердечного ритма, проявления сердечной недостаточности и повышенного артериального давления) сочетаются с негативной самооценкой, тревогой, страхом развития очередного приступа, ухудшения состояния, развития осложнений, с чувством вины, суицидальными мыслями, нарушениями циркадного ритма, т. е. симптомами тревожно-депрессивного синдрома (ТДС). Коморбидность этих заболеваний приводит к возникновению ангедонии, утомляемости, страха смерти, кардиалгий, нарушениям сна и снижению либидо.

На сегодняшний день недостаточно исследований, которые показали бы, что пациенты с более выраженным тревожно-депрессивным расстройством страдают также и более тяжелой формой сердечно-сосудистых заболеваний. Чрезвычайно малое количество проспективных исследований не позволяет установить, действительно ли ИБС чаще возникает у больных, которые первоначально находились в угнетенном состоянии, но не имели признаков сер-

дечно-сосудистой патологии. Недостаточно доказательств того, что адекватное лечение тревожно-депрессивных состояний приводит к уменьшению риска последующих кардиальных событий. В то же время показано, что у пациентов с более высоким уровнем тревожности развивается более тяжелая форма ИБС.

Kawachi и соавт. опубликовали данные проспективного исследования фобического беспокойства и риска развития ИБС. В нем приняли участие 34 тысячи мужчин, у которых исходно не было симптомов сердечно-сосудистого заболевания. Выявленный относительный риск фатальной ИБС с учетом возраста пациента оказался достоверно выше у лиц с высоким уровнем тревожности, даже при условии коррекции с учетом других потенциально вредных переменных. Интересно, что увеличился только показатель риска внезапной смерти. Kubansky ссылается на данные 10 проспективных исследований, в ходе которых подтвердилась связь беспокойства с коронарной болезнью сердца.

ПРОБЛЕМА СОМАТИЗИРОВАННЫХ ДЕПРЕССИЙ

Тому, что в большинстве случаев в общесоматической клинике депрессия своевременно не диагностируется и не лечится, в не малой степени способствует то, что у больных общетерапевтического профиля, как правило, наблюдаются маскированные (скрытые, ларвированные, алекситимические) депрессии. Само название «маскированные» депрессии является достаточно условным. Целеобразность выделения этого вида расстройств заключается в необходимости акцентуации на доминировании симптоматики, связанной с дисфункцией висцеральных систем, и частом несоответствии выраженности морфологических изменений характеру жалоб больного. Маскированные депрессии в клинической практике встречаются в 10–20 раз чаще «больших» депрессий. У таких больных классические депрессивные проявления (собственно гипотимия — пониженное настроение, психомоторные расстройства, идеи виновности, греха, ущерб и др.) мало выражены, а в ряде случаев не определяются вовсе. В этих ситуациях на первый план зачастую выходит и занимает доминирующее положение соматовегетативная симптоматика. Сами пациенты могут не осоз-

нать, что страдают психическим расстройством. Напротив, зачастую они убеждены в наличии у себя какого-либо редкого и/или трудно диагностируемого соматического заболевания. Так, по данным отечественных эпидемиологических исследований, 62% лиц, страдающих депрессией, связывают ухудшение состояния не с психическим расстройством, а с нарушением функций внутренних органов и систем организма (Смулевич А. Б., 2001; Белялов Ф. И., 2005). Нужно учитывать, что лишь незначительная часть пациентов с депрессией сообщают врачу о психологических признаках депрессии, а большинство больных (до 80%) предъявляют только соматические жалобы. При этом возможности выявления депрессивного расстройства резко минимизируются. Так, при предъявлении психологических жалоб депрессия диагностируется врачами общей практики в 90% случаев, а при наличии изолированных соматических жалоб — только в 47%.

Чаще всего «масками» депрессии являются различные нарушения сна (трудности засыпания, еще чаще — раннее пробуждение с затрудненным, требующим волевого усилия, мучительным подъемом или повышенная сонливость в течение дня), нарушения аппетита (выраженное его снижение, утрення тошнота, отвращение к пище или, напротив, повышенный аппетит со стремлением употреблять пищу, богатую жирами и углеводами), изменения массы тела, повышенная утомляемость и раздражительность, хронический болевой синдром различной локализации (чаще всего кардиалгии, головные боли, боли в спине, фибромиалгии, боли в животе), вегетативные расстройства (приступы сердцебиения, одышки, головокружения, кожный зуд), различные нарушения в сексуальной сфере (утрата полового влечения, нарушение менструального цикла).

Больные с маскированными депрессиями предъявляют множество жалоб, причем характерны их необычные сочетания, не укладывающиеся в клиническую картину ни одного соматического заболевания, плохо поддающиеся описанию и нередко плохо локализуемые ощущения во всем теле. Могут отсутствовать объективные признаки соматического заболевания, характерно несоответствие жалоб больного морфологическим изменениям.

Отмечается связь самочувствия пациента с биологическим ритмом физиологических функций. Для депрессий специфично, что все клинические симптомы, и в том числе болевые, больше представлены утром, а не вечером. Изменения сна при депрессиях

могут проявляться нарушением засыпания, частыми ночными пробуждениями, неудовлетворенностью сном, трудностями пробуждения, увеличением длительности ночного сна и дневной гиперсомнией. Наиболее специфичным признаком депрессии считаются ранние утренние пробуждения: больной без видимых причин постоянно просыпается в 4–5 часов утра и больше не может уснуть.

Пациенты с маскированной депрессией имеют длительную историю заболевания, они безрезультатно, но упорно обращаются к врачам разных специальностей. У них проводят многочисленные исследования, которые не подтверждают наличие соматического или неврологического органического заболевания. Это больные, которые, несмотря на ежемесячные обследования у различных специалистов, не имеют определенного диагноза. Нередко их лечат симптоматически, однако это оказывается безрезультатным, и пациенты продолжают обращаться к врачам. Улучшение самочувствия наступает на фоне приема антидепрессантов.

Одной из наиболее распространенных масок депрессивного состояния являются стойкие (хронические) боли, которые могут локализоваться практически в любой части тела. Нередко имеет место сочетание нескольких локализаций. Как правило, хроническая боль плохо описывается больным и плохо локализуется. Обычно пациент указывает на достаточно большую область болевых ощущений, которая может меняться от осмотра к осмотру. Клинические симптомы могут имитировать различные варианты соматической и неврологической патологии, поэтому необходимо детально обследовать больного. Хроническая боль чаще описывается пациентом как диффузная, монотонная, постоянная, тупая, ноющая, тянущая или сдавливающая. Нередко к хронической боли присоединяются сенестопатические ощущения. Болевой синдром никогда не представлен изолированно, а всегда сочетается с жалобами психопатологического и психовегетативного характера. Состояние дистресса, усугубление психологического конфликта, декомпенсация эмоционально-личностных расстройств всегда приводят к интенсификации и/или генерализации боли.

Примерами хронического болевого синдрома могут служить хронические головные боли напряжения, ежедневные хронические головные боли, фибромиалгия, психогенные кардиалгии и абдоминалгии.

Так, описывают кардиалгии — ноющие или щемящие боли в верхушечной или прекардиальной области, слабой или умеренной

интенсивности, длительностью до нескольких часов, часто сопровождающиеся ощущениями «проколов» той же локализации, гипералгезией межреберных промежутков, а также жжением в прекардиальной или парастеральной области. Эти длительные болевые ощущения в области сердца отличаются от классических ангинозных болей у пациентов с ИБС по обстоятельствам возникновения (отсутствие связи с физической нагрузкой) и купирования (неэффективность нитратов). Кроме того, возможны постоянные ощущения сильного сердцебиения и перебоев в работе сердца у больных с нечасто возникающими аритмиями (в случае редкой экстрасистолии), эпизоды выраженной синусовой тахикардии, неадекватной тяжести поражения сердечно-сосудистой системы. У таких пациентов, несмотря на проводимую адекватную гипотензивную терапию и стабилизацию артериального давления, сохраняется слабость, учащенное сердцебиение, ощущения нехватки воздуха в покое.

В ряде публикаций сообщается о стойких абдоминалгиях, являющихся масками депрессии. Эти боли носят характер диффузных тупых, постоянных ощущений, охватывают несколько отделов живота, отличаются упорством и выраженностью. В 70% случаев боль сопровождается нарушением моторики кишечника (понос или запор). Возможна атипичная проекция болевых ощущений, не совпадающая с анатомическим расположением толстой кишки. Для пациентов с маскированными депрессиями характерны гастралгический синдром, отсутствие аппетита и похудание, персистирующая анорексия, отрыжка воздухом, дискомфорт в области эпигастрия и тошнота при минимальной выраженности патологических изменений ЖКТ (например, поверхностный гастрит, некалькулезный холецистит, зарубцевавшаяся язва). И, напротив, может отмечаться повышенный аппетит, когда больные «заедают» свою депрессию, и соответственно увеличение массы тела. В этих случаях прием пищи остается единственным способом получения положительных эмоций — все остальные потребности резко редуцируются.

Среди алгических масок депрессии описывается головная боль. Она характеризуется как ноющая, монотонная, распирающая, давящая или стягивающая (но не пульсирующая), с ощущением давления вокруг или позади глаз. Как правило, такие боли локализованы в затылочной, височной или лобной области.

К алгическим маскам депрессии относят также атипичные, или идиопатические, лицевые боли — пульсирующие, сверлящие, ною-

щие ощущения, одно- или двусторонние, диффузные, локализующиеся в области верхней и нижней челюсти, лба, щек, вокруг рта. Как правило, распространение болевых ощущений не соответствует зонам иннервации. Боли мигрируют по всей поверхности лица, отличаются значительной продолжительностью (недели, месяцы и даже годы), упорным течением. Разновидностями лицевых болевых ощущений являются глоссалгия и стоматалгия, локализующиеся в соответствующих участках ротовой полости (язык, десны, слизистая оболочка рта и глотки). По характеру они могут быть саднящими, жгучими, распирающими или покалывающими.

Таким образом, при атипичных депрессиях жалобы на боли хронического характера часто сочетаются с жалобами на другие неприятные, плохо описываемые и нередко плохо локализуемые ощущения во всем теле, на нарушения сна, аппетита, полового влечения, повышенную утомляемость, слабость, сниженную работоспособность, запоры, диспепсии. У женщин могут быть жалобы на нарушения менструального цикла, не имеющие органической причины, предменструальный синдром.

К сожалению, если психическое расстройство не распознается своевременно, ситуация может обернуться такими издержками, как все возрастающий поток диагностических манипуляций, постоянное обновление списка принимаемых лекарственных препаратов (анальгетики, спазмолитики, нестероидные противовоспалительные средства), которые, однако, не оказывают заметного влияния на клиническую картину заболевания.

Для выявления (скрининга) депрессии целесообразно задать пациенту четыре простых вопроса, для чего достаточно пары минут.

Обнаруживаете ли Вы у себя:

- потерю энергии, усталость, бессилие?
- потерю интереса к жизни?
- отсутствие чувства уверенности в себе?
- чувство безнадежности?

Если пациент дал хотя бы один утвердительный ответ, необходимо задать еще пять вопросов.

Обнаруживаете ли Вы у себя:

- неспособность к концентрации внимания?
- снижение массы тела вследствие плохого аппетита?
- ранние утренние пробуждения?
- заторможенность?

более тяжелое состояние по утрам?

Три и более утвердительных ответа позволяют с умеренностью говорить о депрессии. После этого следует проверить, соответствуют ли состояние пациента приведенным выше диагностическим критериям депрессивного эпизода. При этом могут быть заданы следующие вопросы:

Испытываете ли Вы трудности при принятии решений?

Есть ли в Вашей жизни какие-либо события, которые доставляют Вам удовольствие?

Что Вы ждете от будущего?

Не испытываете ли Вы чувства вины?

Нет ли у Вас ощущения, что окружающие люди энергичнее, более общительнее, удачливее Вас?

Не стало ли Вам трудно справиться с работой, особенно умственной?

Если в результате расспроса обнаруживается, что состояние пациента отвечает диагностическими критериям депрессивного эпизода любой степени тяжести, значит, необходимо начинать лечение.

Кроме того, для выявления депрессивного состояния можно использовать психодиагностические методики. К наиболее распространенным из них относятся госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала для самооценки депрессии Цунга (приложение).

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Одним из наиболее тяжелых последствий депрессивных нарушений является суицид. В клинике внутренних болезней наиболее опасными в плане суицида являются две категории пациентов: молодые женщины с косметическими дефектами после операции и мужчины пожилого возраста в ситуации угрозы трудоспособности, и особенно тогда, когда они содержат семью: жену, детей, престарелых родственников. Однако опасность суицида существует и у других пациентов, в частности, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, имеющими неблагоприятный прогноз. В этой связи врачи-терапевты должны уметь распознавать не только наличие и выраженность депрессивных переживаний, но и воз-