**Клиника и систематика депрессий у соматически больных**

А.Б. Смулевич

Депрессия (от лат. – подавление, угнетение) – психическое расстройство, оказывающее существенное влияние на социальную адаптацию и качество жизни и характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с пессимистической оценкой себя и своего положения в окружающей действительности, торможением ин- теллектуальной и моторной деятельности, снижением побуждений и соматовегетативными нарушениями.

Среди психических расстройств, наблюдаемых у больных соматическими заболеваниями (СЗ), наиболее распространены депрессивные состояния. Аффективные (депрессивные) синдромы у соматически больных по частоте сопоставимы лишь с нарушениями сна и варьируют, по данным различных авторов, от 5 до 57% .

Однако актуальность проблемы депрессий, наблюдаемых в общей практике, связана не только с большой распространенностью аффективных расстройств у соматически больных. Сочетание депрессий и СЗ, как правило, относится к числу неблагоприятных факторов, с одной стороны, усложняющих процесс диагностики, терапии и медицинского обслуживания этого контингента в целом, а с другой – негативно влияющих на проявления и даже исход как психического заболевания, так и СЗ.

Соматическое заболевание может оказывать выраженное и непосредственное влияние на аффективные расстройства, увеличивая тяжесть и продолжительность депрессивных симптомов. Аффективные расстройства в свою очередь утяжеляют и усложняют течение СЗ. Депрессия является фактором плохого прогноза при ряде хронических СЗ (паркинсонизм, диабет, злокачественные новообразования, СПИД и др.). Клинически очерченная депрессия у больных СЗ может уменьшать вероятность выживания (а следовательно, повышать риск летального исхода) [В. Rovner, Р. German и соавт., 1991]. Признаки выраженной депрессии, возникшие после инфаркта миокарда, становятся значимым прогностическим фактором летального исхода (этот аспект рассматривается в статье М.Ю.Дробижева).

Значительная часть депрессий распределяется в пределах следующих двух категорий, отражающих основные соотношения аффективных расстройств с психосоматическими (рис. 1).

Рис. 1. Частота соматогенных депрессий у больных с различными заболеваниями (по данным T. Otsubo и соавт., 1996; O. Canbek, 1996; P. Simatis и соавт., 1996; A. Samanci и соавт., 1996). По оси абсцисс – число больных, по оси ординат – заболевания. Темные столбики – всего больных, светлые – больные с соматогенными депрессиями.

1. Реакции экзогенного типа (соматогении) – соматогенные депрессии, манифестирующие вследствие реализуемого на патогенетической основе воздействия тяжелой соматической вредности.

2. Психогенные реакции (нозогении) – нозогенные депрессии, возникающие в связи с констелляцией психогенных, ситуационных и ряда других факторов.

Проявления СЗ могут перекрываться и аффективными расстройствами, формирующимися без участия соматической патологии (в некоторых случаях СЗ может провоцировать дебют эндогенной депрессии, возможны и обратные соотношения), т.е. в рамках психических заболеваний эндогенного и психогенного круга (циклотимия, маниакально-депрессивный психоз – МДП, дистимии, реактивные депрессии).

Далее будут рассмотрены клинические проявления депрессий у больных СЗ, дифференцированные по 4 диагностическим группам.

Депрессии, отражающие основные соотношения с психосоматическими расстройствами

Соматогенные (симптоматические) депрессии, как правило, возникают при тяжелых, хронически протекающих СЗ.

Среди неврологических заболеваний депрессии чаще всего манифестируют при болезни Паркинсона, рассеянном склерозе, внутричерепных опухолях, особенно с локализацией в височной доле, атеросклерозе сосудов головного мозга (постинсультные депрессии). Формирование депрессий может быть связано с поражением почек, с явлениями уремии, циррозом печени, системной красной волчанкой. В ряду эндокринных нарушений депрессии чаще бывают при гиперпаратиреоидизме, гипотиреоидизме, диабете. Аффективные нарушения возникают при авитаминозах, железо- и витамин В12-дефицитной анемии. При онкологических заболеваниях, особенно при раке поджелудочной железы, депрессия может быть одним из ранних симптомов заболевания. Депрессии наблюдаются после полостных операций (пересадка органов, операция на открытом сердце), в период диализа у больных почечной недостаточностью. Сравнительные исследования свидетельствуют о достаточно высокой частоте депрессий у больных СПИДом, что связывается в первую очередь с нейротропностью вируса, вызывающего изменения в сером веществе мозга, а также с рядом предрасполагающих факторов: лица с высоким риском заражения СПИДом (гомосексуалисты, наркоманы и др.) одновременно предрасположены к аффективным расстройствам.

Обозначения соматизированных депрессий

|  |  |
| --- | --- |
| Авторы, год | Термин |
| H. Hippius, J. Muller, 1973Д.Д. Плетнев, 1927А.К. Ануфриев, 1978 | Соматизированная депрессия |
| J. Lange, 1928W. Walcher, 1969J. Glatzel, 1972 | Ларвированная депрессия |
| P. Kielholz, 1973 Т.Я. Хвиливицкий, 1973 | Скрытая депрессия |
| S. Kraines, 1957Ю.В. Каннабих,1914 | Тимопатические эквиваленты |
| S. Lesse, 1968J. Modestin, 1969J. Lopez Ibor, 1972 | Маскированная депрессия |

 Симптоматические депрессии формируются в тесной зависимости от динамики соматической патологии: проявления аффективных расстройств манифестируют при нарастании тяжести и редуцируются по мере обратного развития симптомов СЗ. Клиническая картина соматогений чаще приобретает форму астенической депрессии, протекающей с гиперестезией, явлениями раздражительной слабости, быстрой истощаемости, слабодушием, слезливостью. Наряду с этим могут наблюдаться ангедония и психомоторная заторможенность (чаще при паркинсонизме), слабость концентрации внимания с рассеянностью, забывчивостью, неспособностью сосредоточиться, а также выраженные вегетососудистые проявления, жалобы на шум и звон в ушах, головные боли, головокружения. В ряде случаев преобладает тревожность со вспышками раздражительности (придирчивость, чрезмерная требовательность, капризность), иногда достигающей уровня дисфории. При утяжелении соматического состояния в клинической картине депрессии нарастают адинамия, вялость, безучастность к окружающему.

В ряду симптоматических депрессий рассматриваются не только аффективные расстройства, связанные с теми или иными СЗ, но и индуцированные рядом медикаментов, используемых как в психиатрии, так и в общей медицине. Такие депрессии необходимо отличать от аффективных расстройств, характеризующих синдром отмены в случаях лекарственной зависимости. Депрессии при синдроме отмены возникают при внезапном прекращении введения препарата, они преходящие, сочетаются с выраженной тревогой, бессонницей, тремором и другими явлениями абстиненции.

Депрессии, возникающие при применении психотропных средств, чаще всего связаны с длительным приемом больших доз нейролептиков (нейролептические депрессии). Нейролептические депрессии протекают с явлениями психической анестезии (болезненное бесчувствие) и отчетливыми признаками экстрапирамидных расстройств; в практике врача общемедицинской сети встречаются крайне редко.

Среди "соматотропных" препаратов (этот термин вводится по аналогии с термином "психотропные средства" для обозначения медикаментов, используемых в общей медицине), с применением которых связывают возникновение депрессий, чаще всего упоминается резерпин (производное Rauwolfia serpentina), который относительно недавно широко использовали в качестве гипотензивного средства, а в настоящее время включают в некоторые комбинированные препараты.

Данные о наличии у резерпина наряду с гипотензивным и успокаивающим действием депрессивной активности впервые появились в 1953 г. [F. Loffler, А. Esselier, 1953] и положили начало ряду публикаций. Однако уже в 1958 г. [F. Ayd] появились сообщения о неоднозначности психопатологических расстройств, объединяемых в рамках так называемых резерпиновых депрессий.

В качестве индуцирующих депрессии рассматривается также ряд других медикаментов – гипотензивные (пропранолол, гуанедин), гормоны (кортикостероиды, прогестерон, эстроген), оральные контрацептивы, кардиоваскулярные (дигиталис, прокаинамид) и антипаркинсонические (леводопа, амантадин) средства, антимикробные препараты (циклосерин, антибиотики, влияющие на грамнегативные возбудители, сульфаниламиды).

Однако данные о распространенности индуцированных лекарственных депрессий требуют серьезной проверки, а природа и клиническая характеристика этих психических нарушений – значительных уточнений.

Клинические описания состояний, классифицируемых в рамках индуцированных лекарствами депрессий, свидетельствуют об их психопатологической неоднородности. В одних случаях речь идет о достаточно тяжелых эндогенных депрессиях, лишь спровоцированных (возможно, совпавших по времени) приемом лекарств, в других – о преходящих астенодепрессивных, астенических, невротических или ипохондрических состояниях, существенно не отражающихся на самочувствии больных и не препятствующих продолжению терапии.

Таким образом, едва ли оправдано, исходя из не всегда обоснованных опасений, избегать назначения того или иного препарата, причисляемого к депрессогенным. Вместе с тем, если на протяжении курса терапии таким препаратом у пациента обнаруживают признаки депрессии, то целесообразно вне зависимости от генеза аффективных расстройств сменить медикамент на сходный по спектру соматотропного действия, но без депрессогенного эффекта.

Нозогенные депрессии детерминируются рядом факторов (психологических, социальных, личностных, биологических, включающих объективные параметры СЗ).

Основные факторы, влияющие на формирование нозогенных депрессий

• Структура личности

• Семантика диагноза

• Предшествующая соматическому заболеванию психическая патология

• Оосбенности (варианты течения) соматического заболевания

Среди психологических и социальных влияний первостепенную роль играет отношение пациента к собственному заболеванию. В этом плане развитию депрессии, как правило, способствует гипернозогнозия – высокая субъективная значимость переживания телесного неблагополучия. Определенную роль играет и такой фактор, как семантика диагноза (опасность для жизни, с которой он ассоциируется). Особой значимостью обладают заболевания, представляющие непосредственную опасность для жизни (инфаркт миокарда, инсульт и др.). Весьма существенны для ряда пациентов и ограничения, налагаемые соматическим страданием на бытовую активность и профессиональную деятельность, снижающие качество жизни. В ряду клинических проявлений патологии внутренних органов, соучаствующих в формировании нозогенных реакций, необходимо указать на такую особенность динамики СЗ, как острая, сопровождаемая витальным страхом и паническими атаками манифестация нарушений жизненно важных функций (ишемия миокарда, явления бронхоспазма и др.) или "имитация" таких нарушений (например, появление ранее не возникавших, "безобидных", с точки зрения врача, экстрасистол может восприниматься пациентом как катастрофа). При совокупном воздействии ряда неблагоприятных факторов депрессивная реакция может становиться столь выраженной, что ее купирование на первых этапах терапии представляется не менее важной задачей, чем непосредственное лечение СЗ.

Клиническая картина нозогений аффективного круга чаще всего определяется синдромом тревожной или ипохондрической депрессии. На первом плане гипотимия с тревогой, обостренным самонаблюдением, тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия. Чувство безнадежности сочетается в этих случаях с астенией, снижением физической активности, алгиями, другими патологическими телесными сенсациями, конверсионными расстройствами. Одной из облигатных составляющих нозогенной депрессии является содержательный комплекс, включающий пессимистическое восприятие болезни и гипертрофированную оценку ее последствий, тревожные опасения и ипохондрические фобии, тесно связанные с актуальным соматическим состоянием. Доминируют представления об опасности (обычно преувеличенной) нарушений деятельности внутренних органов, которыми проявляется болезненный процесс, о его неблагоприятном исходе, негативных социальных последствиях, бесперспективности лечения.

**Нозологически самостоятельные депрессии, коморбидные**[**1**](http://www.rmj.ru/sovpsih/t1/n2/1.htm#R1#R1) **СЗ**

Соотношения депрессии как самостоятельного заболевания с соматической патологией не ограничиваются рамками временной коморбидности. В ряде случаев проявления депрессии (суицидальные попытки, другие виды аутоагрессивного поведения, а также значительная гиподинамия, связанная с депрессивным торможением, анорексия при отчуждении влечения к пище) служат причиной обострения соматической патологии (переломы, сотрясение мозга как результат суицидальных попыток; анемии вследствие искусственно вызванного кровотечения или недоедания; интоксикации, связанные с отравлением, аспирационная или гипостатическая пневмония и т.д.).

Циклотимические депрессии[2](http://www.rmj.ru/sovpsih/t1/n2/1.htm#R2#R2) – аутохтонно возникающие фазовые состояния патологически измененного аффекта, протекающие на непсихотическом уровне. Различают несколько типов депрессий, предпочтительных для циклотимии.

Витальная депрессия определяется подавленным настроением с беспричинным пессимизмом, унынием. На первом плане явления депрессивной гиперестезии (позитивная аффективность) – тоска, тревога, заниженная самооценка с представлением о собственной никчемности. Признаки депрессии могут достигать достаточной выраженности с максимумом в утренние часы (патологический циркадианный ритм).

Апатическая депрессия определяется дефицитом побуждений с падением жизненного тонуса. Апатический аффект (негативная аффективность) лишен выразительности и сопряжен с обеднением мимики, монотонностью речи, обычно малозаметной (но временами достигающей уровня акинезии) замедленностью движений. Преобладает чувство отрешенности от прежних желаний, безучастности ко всему окружающему и собственному положению. Все поступки как бы лишены внутреннего смысла, совершаются в силу необходимости. При углублении депрессии на первый план выдвигаются ощущение внутреннего дискомфорта, мрачная угнетенность, связанные с осознанием происшедших изменений аффективной жизни.

Анестетическая депрессия определяется явлениями отчуждения, сочетающимися с ангедонией (сознание внутренней неудовлетворенности, чувство неудовольствия). Феномены отчуждения, как правило, не носят генерализованного характера и ограничиваются какой-либо одной психической сферой – когнитивной, соматопсихической и др., проявляясь ощущениями "притупления" умственной деятельности, исчезновения прежней насыщенности восприятия, неистинности эмоций, приглушенности чувств или анестезией соматических функций (отсутствие чувства сна, насыщения, жажды и т.д.).

**Атипичные депрессии**

Представленные типы депрессий предпочтительны для циклотимии, но не исчерпывают клинического многообразия депрессивных расстройств. Наряду с "типичными" существуют варианты депрессий со стертыми проявлениями, характеризующимися особой констелляцией симптомокомплексов.

Атипичные депрессии составляют не менее 40% всех депрессий и чаще встречаются в общемедицинской практике. Такие формы развиваются преимущественно на фоне личностных девиаций избегающего, истерического (гистрионного) и зависимого типа с чертами аффективной лабильности, тревожности, сенситивности в интерперсональных отношениях. Чаще всего в рамках "атипичных" рассматриваются стертые формы депрессий. Речь идет о синдромах, не достигающих полной психопатологической завершенности, при которых основные, свойственные циклотимическим депрессиям проявления (собственно гипотимия, психомоторные расстройства, идеи виновности и др.) маловыражены, а часть их вообще отсутствует ("субсиндромальные депрессии" по L. Judd и соавт., 1994). В других случаях собственно аффективные расстройства отступают на второй план и часто не распознаются, поскольку ведущее положение в клинической картине занимают симптомокомплексы, выходящие за пределы психопатологических расстройств аффективных регистров. Относящиеся к этой группе атипичные депрессии (чаще соматизированные), частота которых составляет от 17 до 40%, обозначаются различными терминами.

По признаку доминирующих феноменов, которые чаще всего изолированные, выделяют и варианты атипичных депрессий. Преобладание расстройств автономной (вегетативной) нервной системы ("вегетативные депрессии" по G. Lemke, 1974) определяет соматизированные "маски" депрессий. В качестве фасада депрессии выступают соматоформные расстройства, имитирующие сердечно-сосудистую патологию, расстройства желудочно-кишечного тракта и других систем организма, стойкие идиопатические алгии – головные боли, невралгии различной локализации, гиперсомния (сонливая депрессия – А.М. Вейн, К. Хехт, 1989; R. Erkwon, 1986). Среди психопатологических "масок" циркулярной депрессии чаще всего выступают обсессивно-компульсивные и тревожно-фобические расстройства (социофобии, панические атаки) [S. Puzynski, 1997], а также истерические симптомокомплексы (истерические "маски" циклотимии – С.М. Плотников, Ю.В. Ковалев, 1992). В качестве эквивалентов аффективных расстройств в рамках атипичных циркулярных депрессий могут также выступать психопатологические образования, определяющиеся расстройствами влечений (анорексия, булимия, дипсомания, токсикомания и др.).

Таким образом, в картине атипичных депрессий ведущее место принадлежит патологическим телесным сенсациям, воспринимаемым как соматическое неблагополучие. Явления соматизации в картине депрессии, как правило, сопряжены с тревожными опасениями за свое здоровье и преувеличением тяжести реально существующего СЗ. Такая интерпретация телесных ощущений, вынуждающая больного вопреки разубеждениям врача, основанным на результатах медицинского обследования, опасаться одной или нескольких тяжелых болезней, позволяет в подобных случаях определять состояние как ипохондрическую депрессию. Эти больные обычно не принимают во внимание аргументы, свидетельствующие о "безобидности" найденной соматической патологии или даже о ее отсутствии, активно ищут помощи, требуют все новых консультаций, дополнительных обследований, установления "точного" диагноза, тщательно регистрируют изменения физиологических показателей (следят за пульсом, функцией кишечника, измеряют артериальное давление и пр.). Обращение к психиатру в подобных случаях обычно неприемлемо для больных, не доверяющих врачам и постоянно озабоченных возможностью прогрессирующего соматического расстройства. Следовательно, особенно необходимо своевременное взаимодействие лечащего врача и психиатра, исключающее манипулятивное поведение больного, многочисленные повторные необоснованные и дорогостоящие обследования, консультации различных специалистов и не соответствующее показаниям длительное, но часто безрезультатное лечение. Чтобы этого избежать, врачу общей практики необходимо обратить внимание на то, что угнетенное настроение чаще соответствует характеристике тревожно-тоскливого аффекта с преобладанием плаксивости или раздражительности (особенность ипохондрической депрессии). Двигательное торможение отсутствует: больные громко, с напором излагают бесчисленные жалобы, сетуют на нездоровье. Ипохондрические депрессии часто принимают затяжное течение, особенно у больных пожилого возраста.

Дистимии – хронические (длительностью не менее 2 лет) депрессии, протекающие (как и циклотимические) на непсихотическом уровне при минимальной выраженности аффективного расстройства. Различают два типа дистимических состояний.

Катестетическая (соматизированная) дистимия характеризуется преобладанием соматовегетативных и астенических симптомокомплексов (наиболее типичны жалобы на общее плохое самочувствие, сердцебиение, одышку, слезливость, плохой сон). Аффективные проявления (угнетенное настроение, пониженная самооценка, пессимизм) тесно связаны с соматоформными расстройствами. При этом подавленность, тоскливость приобретают физикальный оттенок (жжение в области груди или гортани, "ледяной холод" под ложечкой и др.).

По мере хронификации состояния в одних случаях на первый план выступают явления астении (снижение активности с чувством физического бессилия, склонность к самощажению, экономии сил), в других – доминируют явления невротической ипохондрии (сенестезии, дизестетические кризы, фобии ипохондрического содержания).

Характерологическая дистимия определяется спаянными между собой проявлениями аффективных и патохарактерологических расстройств. В структуре дистимического аффекта преобладают явления дисфории: угрюмое брюзжание, сварливость с недовольством, придирчивостью, эксплозивными вспышками. В ряду патохарактерологических стоят психопатические проявления "драматического кластера" – демонстративность, манипулятивное поведение.

В клинической картине доминируют мрачный пессимизм, "хандра", недовольство сложившейся судьбой, негативное отношение к окружающему. Явно преувеличенные жалобы на подавленность подкрепляются нарочито скорбной мимикой, стонами, рыданиями и сочетаются с грубыми притязаниями и претензиями, повышенной требовательностью к родственникам.

Реактивные депрессии возникают, как правило, в связи с тяжелой психической травмой ("ударом судьбы"). Свойства психической травмы чаще приобретают события, которые и вне рамок психической патологии вызывают реакции горя: необратимые утраты (смерть близких родственников), распад семьи, разрыв с близким человеком, судебное преследование, потеря работы и т.д.

Для возникновения реактивной депрессии наряду с психотравмирующим воздействием имеют значение и некоторые другие факторы (наследственная отягощенность аффективными психозами, конституциональное предрасположение, возраст, культуральные особенности больных, предшествующие психические травмы). Содержание психогенного комплекса реактивной депрессии находится в прямой связи с психотравмирующими событиями. С исчезновением причины (или по мере ее дезактуализации) происходит обратное развитие депрессивной симптоматики.

Выделяют острые депрессивные реакции с чрезмерной силой аффективных проявлений психогенно помраченного сознания с преобладанием диссоциативных расстройств в виде эксплозивных вспышек с отчаянием, рыданиями, обмороками. Такие состояния во времени непосредственно связаны с происшедшим несчастьем, непродолжительны и чаще попадают в поле зрения врача общей практики (врач скорой помощи) в связи с суицидальными попытками. Значительно чаще наблюдают затяжные, медленно развивающиеся депрессии, симптоматика которых (подавленность, безнадежность, слезливость) приобретает синдромальную завершенность лишь спустя определенное время после психической травмы. Одной из наиболее распространенных психогенных реакций являются истерические депрессии. Клинические проявления истерических депрессий отличаются большой драматичностью психогенного комплекса (изменчивые, образные, сценоподобные представления, отражающие индивидуально значимое событие), выраженностью соматовегетативных и конверсионных (астазия-абазия, "ком" в горле, афония) проявлений.

**Аффективные расстройства, связанные с репродуктивным циклом у женщин**

Женщины имеют больший риск возникновения депрессий различной нозологической природы (циклотимия, дистимия и т.д.) в репродуктивный период жизни. К специфическим аффективным расстройствам у женщин относят предменструальный синдром, предменструальное дисфорическое расстройство, депрессивный синдром беременных, "синдром грусти рожениц", послеродовые депрессии.

Рис. 2. Частота аффективных расстройств, связанных с репродуктивным циклом у женщин (синдром "грусти рожениц" – СГР, предменструальный синдром – ПС, предменструальное дисфорическое расстройство – ПДР, депрессии беременности – ДБ, послеродовые депрессии – ПД) в изученных выборках (по данным B. Andersch и соавт., 1986; М. Gitlin и соавт., 1989; L. Gotlib и соавт., 1989; Dalton и соавт., 1993; В. Parry, 1995; Т. Pearlstein, 1995; К. Jonkers и соавт., 1996).

Эпидемиологические данные свидетельствуют о широкой распространенности этих расстройств (рис. 2).

Потребность в медицинской помощи при отдельных синдромах, относящихся к специфическим аффективным расстройствам у женщин, не соответствует их частоте.

Клинические проявления синдрома предменструального напряжения и "синдрома грусти рожениц" ограничиваются симптомами стертой гипотимии, не стойки и, как правило, проходят в течение нескольких дней спонтанно, без специальных медицинских мероприятий. Манифестация других связанных с репродуктивным циклом женщины аффективных расстройств (предменструальное дисфорическое расстройство, депрессии беременных, послеродовые депрессии), как правило, сопряжена с необходимостью психофармакотерапии и других медицинских мероприятий.

Предменструальное дисфорическое расстройство наряду с симптомокомплексами депрессивного спектра и соматическими нарушениями включает и патохарактерологические проявления. Соответственно несмотря на то, что расстройство существенно отражается на уровне работоспособности, учебе и социальном функционировании, его не всегда квалифицируют как проявление аффективной патологии, требующее соответствующего лечения, а чаще расценивают в рамках расстройств поведения, связанного с супружескими ссорами или проблемами на работе. Наиболее существенны для распознавания предменструального дисфорического расстройства следующие признаки: депрессия с чувством безнадежности (а иногда и суицидальными мыслями); тревога с ощущением внутреннего напряжения; аффективная лабильность со слезливостью и/или конфликтностью; утомляемость, сонливость, гиперсомния или инсомния; прихоти аппетита (переедание или потребность в поедании несъедобного или необычной пищи). Расстройства соматической сферы: ощущение напряжения или боли в области молочных желез; чувство "разбухания" собственного тела (одежда и обувь давят, слишком плотно прилегают к телу); головные боли, боли в области суставов и мышц.

Распознаванию предменструального дисфорического расстройства способствует цикличность, тесно связанная с поздней лютеальной фазой (цикл желтого тела) менструального цикла. Психопатологические проявления, как правило, нарастают в последнюю неделю перед менструацией и полностью редуцируются в ее первые дни.

Депрессии, наблюдаемые во время беременности и после родов, включают аффективную патологию различной нозологической природы. Нередко первая фаза аффективного психоза совпадает во времени с беременностью или первыми неделями послеродового периода (обычно манифестирует в течение 4 нед после родов и встречается с частотой 1 случай на 500 – 1000 родов).

Риск возникновения депрессий значительно повышается у женщин с аффективными заболеваниями, при семейной отягощенности аффективными психозами и в тех случаях, когда беременность в прошлом сопровождалась депрессией.

Психопатологическая структура депрессий периода беременности и послеродовых депрессий в целом соответствует клиническим проявлениям гипотимических состояний при других аффективных заболеваниях. Аффективные расстройства, манифестирующие до родов, чаще всего протекают с преобладанием анксиозной симптоматики (тревожные опасения по поводу исхода беременности, возможности выкидыша, собственной смерти, гибели плода и пр.).

Послеродовые депрессии значительно варьируют по тяжести – от неглубоких дистимического уровня (чаще истерических) до более тяжелых, соответствующих картине развернутой меланхолической фазы. В последнем случае в структуре синдрома преобладают явления негативной аффективности – апатия, психическая анестезия, отчуждение эмоций (мучительное чувство неспособности испытывать любовь к мужу, ребенку), иногда сопровождающиеся суицидальными мыслями. Возможно присоединение навязчивых представлений контрастного содержания (страх нанести повреждения ребенку – ударить ножом, бросить с балкона и т.д.).

Изложенные сведения о клинике и систематике депрессий предназначены не только для врачей-интернистов, но и для психиатров, поскольку способствуют своевременному распознаванию аффективной патологии и определяют выбор адекватной и дифференцированной терапии.

1 Коморбидность, букв. – соболезненность; временная коморбидность в данном контексте – совпадение депрессии и СЗ во времени.

2 В традиционной нозологической классификации циклотимия рассматривается в единстве с МДП как его легкий, абортивный вариант. Описание признаков тяжелых депрессий, наблюдаемых при МДП (выраженная витальная тоска, идеаторное и моторное торможение, достигающее уровня депрессивного ступора, меланхолический раптус и т.д.), в данной публикации не приводится. Медицинская помощь при таких состояниях оказывается не в общемедицинской сети, а в условиях специализированных психиатрических учреждений.