

Л.И. Фусу

АНО ПО Институт психологии и психоанализа на Чистых прудах, Москва

Эпидемиологические особенности психосоматических и депрессивных расстройств в европейской популяции

В статье рассматриваются эпидемиологические особенности психосоматических и депрессивных расстройств в Европейской популяции, наблюдаемые последние 10 лет. Проводится оценка факторов риска депрессивных расстройств (возраст, пол пациента, пристрастие к алкоголю, курение, семейное положение, занятие умственным или физическим трудом, наличие психотравмирующих ситуаций и хронических соматических заболеваний, индекс массы тела).

Ключевые слова: эпидемиология, психосоматические расстройства, депрессия, факторы риска.

Контакты: Лариса Ивановна Фусу florayy@mail.ru

Epidemiological features of psychosomatic and depressive disorders in the european population

L.I. Fusu

Institute of Psychology and Psychoanalysis on the Chistye Prudy, Moscow

The article considers the epidemiological features of psychosomatic and depressive disorders in the European population for the last 10 years. It assesses risk factors for depressive disorders, such as age, gender, alcohol intemperance, smoking, marital status, intellectual or physical work, stressful situations, chronic somatic diseases, body mass index.

Key words: epidemiology, psychosomatic disorders, depression, risk factors.

Contact: Larisa Ivanovna Fusu florayy@mail.ru

Понимание динамики депрессивных расстройств и их связи с социально-экономическими факторами имеет важное практическое значение, поскольку позволяет успешнее решать диагностические и дифференциально-диагностические задачи, оценивать роль биопсихосоциальных причин в развитии этих заболеваний, влияние ведущих терапевтических подходов на их течение и вырабатывать эффективные психотерапевтические и реабилитационные стратегии [1].

Анализ, проведенный объединенной рабочей группой Европейского совета по изучению головного мозга и Европейской коллегией по нейропсихофармакологии, показал, что ежегодная стоимость психических нарушений составляет 300 млрд евро по общим издержкам, при этом 132 млрд евро приходится на косвенные расходы. Прямые затраты достигают 110 млрд евро, а стоимость лекарственной терапии — 4% общих затрат. Психическими заболеваниями и их последствиями обусловлены 10% всех экономических затрат, связанных с разными болезнями [2].

По данным ряда прогностических исследований, депрессивные расстройства, являвшиеся в 1990 г. 4-м по частоте фактором инвалидизации, переместятся к 2020 г. на 2-е место после ишемической болезни сердца по количеству потерянных для полноценной жизни лет [3].

Результаты исследований ВОЗ [4] свидетельствуют о том, что 8–11% мужчин и 18–25% женщин хотя бы раз в жизни переносят депрессивный эпизод. Однако только 6% страдающих депрессиями женщин и 3% мужчин лечатся в условиях психиатрического стационара. Адекватную помощь по-

лучают, по разным данным, от 3–10 до 20–25% таких пациентов [5]. Если среди населения распространенность депрессивных расстройств составляет на момент обследования 2,7–4,5%, в течение 12 мес — 9,6%, в течение жизни — 8–12% [6], то в первичной общемедицинской сети эти показатели повышаются до 8,9–16,8; 20,5 и 23,3–36,1% соответственно [7], а в соматическом стационаре достигают 20,7–36,1%. Суммарная доля аффективных заболеваний среди всех психопатологических нарушений, наблюдающихся в общемедицинской практике, приближается к 50% [8].

Распространенность «большой депрессии» в США в 90-е годы составляла 10,1%. По другим данным, с 1992 по 2002 г. этот показатель вырос с 3,33 до 7,06%. Результаты эпидемиологических исследований, проведенных ВОЗ [9], показали, что в 70-е годы частота депрессии составляла 3–5% в общей популяции, в 80-е годы у женщин — 4,5–9,3%, у мужчин — 3,2%. Вероятность развития депрессии в 90-е годы оценивалась в 10% — у мужчин и в 20% — у женщин.

При метаанализе нескольких крупных эпидемиологических исследований были получены интересные результаты. Так, на основе изучения 876 пациентов с депрессивными симптомами по таким характеристикам, как «восприятие здоровья» и «поведение здоровья», D. Lynch и соавт. [10] выявили, что наличие стресса, недомогание (плохое здоровье), употребление алкоголя являются предикторами депрессивных симптомов у мужчин и женщин; у женщин дополнительным фактором служит также курение. Эти предикторы рассматриваются как «поведение болезни». Общим предикто-

ром, причем наиболее значимым, является «восприятие болезни». Фактором, отягощающим течение депрессивных расстройств, американские исследователи считают наличие алкоголизма в семье [11, 12]. Исследуя группу из 209 пациентов с депрессией, имеющих отягощенный семейный анамнез по алкоголизму, они установили, что алкоголизм в семье является достоверным фактором риска повышенной суицидальности и посттравматического стрессового расстройства [13].

А.С. Volkers и соавт. [14] обследовали в первичном звене здравоохранения 237 пожилых пациентов с целью уточнения диагноза депрессии. Были выявлены 55 пациентов с диагнозом «большая депрессия», большинство из которых (96,4%) не менее 1 раза посещали своего семейного врача в течение последнего года. Семейные врачи в 20,8% случаев диагностировали депрессию, а в 32,1% — психологические проблемы [15].

У пациентов старше 65 лет депрессивные расстройства выявлялись уже в 59% случаев. Причем у трети пожилых больных депрессия носила выраженный характер, требующий обязательной терапии антидепрессантами. Поздний возраст, безусловно, влияет на клинические проявления болезни [16]. По данным W.D. Taylor и соавт. [17], у больных пожилого возраста с депрессией значительно чаще отмечаются атеросклероз, артериальная гипертензия (АГ), заболевания сердца, язвенная болезнь. Авторы подтверждают мысль о том, что в таких случаях сосудистая патология сочетается с депрессией позднего возраста. Больные с субкортикальной депрессией оказались старше, чаще страдали АГ, причем в основном это были мужчины [18]. Результаты многих исследований, в том числе и этого, подтверждают значение сосудистой патологии для развития поздних депрессий [15, 19].

Данные 118 исследований, в которых оценивали точность диагностики депрессии врачами общей практики без применения специальных методов, показали, что общая распространенность депрессии составила 19,5% (95% ДИ 15,7–23,3%). Распространенность депрессии достигала 18,4% (95% ДИ 13,5–23,9%) в возрасте от 18 до 65 лет, 27,6% (95% ДИ 17,4–39,1%) в возрасте 65 лет и старше. Распространенность зависела от страны, в которой выполнено исследование, и была самой высокой в Нидерландах (22,6%; 95% ДИ 13,5–33,3%) и самой низкой в Австралии (10,2%; 95% ДИ 5,0–17,0%). Распространенность депрессии равнялась 17,3% (95% ДИ 12,2–23,1%) по критериям DSM и 17,2% (95% ДИ 10,4–25,4%) по критериям МКБ. В 41 исследовании врачи общей практики правильно поставили диагноз в 2514 из 5534 случаев депрессии, что соответствует нескорректированной частоте 45,4%. В результате коррекции данных при проведении метаанализа с применением модели случайных эффектов частота выявления заболевания составила 47,3% (95% ДИ 41,7–53,0%) [20].

По данным исследования КОМПАС, вероятность обнаружения расстройств депрессивного спектра у женщин в 1,71 (1,49–1,97) раза выше, чем у мужчин, у одиноких людей (разведенные, вдовствующие и др.) она в 1,55 (1,78–1,34) раза выше, чем у живущих в браке, у людей умственного труда в 0,76 (0,63–0,92) раза ниже, чем у людей физического труда, у пациентов, госпитализированных за последний год, в 1,25 (1,08–1,44) раза выше, чем у людей, которые не находились в больнице [20]. Вероятность обнаружения этих расстройств у больных, переживших психотравмирующие ситуации в течение последнего года, выше в 2,24 (1,97–2,56)

раза. Среди других факторов, значимых для выявления расстройств депрессивного спектра, следует назвать доход на 1 члена семьи, возраст пациента в совокупности с его занятостью, возраст в совокупности с доходом, терапию психотропными препаратами в анамнезе. Частота выявления депрессивных расстройств прямо коррелирует с тяжестью оценки своего самочувствия пациентом и оценки его состояния врачом. Одним из ведущих предикторов, ассоциированных с депрессией, является возраст. Существует мнение о том, что депрессия чаще свойственна старшим возрастным группам, для которых она является глобальной медико-социальной проблемой. Однако результаты современных исследований не подтверждают это мнение. Оказалось, что депрессии подвержены не только взрослые, но и дети [20].

При сравнении точности диагностики депрессии у пациентов разного возраста, по данным 19 исследований, не найдено различий в чувствительности и специфичности между подгруппой лиц пожилого возраста и более молодых пациентов (56,3 и 47,5%; 73,5 и 84,5% соответственно). Общая точность диагностики депрессии составила 70,7% у пожилых и 78,6% у лиц моложе 65 лет. Общая точность зависела от страны, в которой выполняли исследование, и была самой высокой в Италии (82,5%) и самой низкой в Великобритании (50%) [21].

В первичной медицинской практике средние показатели распространенности клинически выраженной депрессии составляют 1,6–8,9% и близки к популяционным значениям (4–7%), тогда как при коморбидности аффективного расстройства с неблагоприятно протекающим соматическим заболеванием этот показатель повышается до 14,3–24%. При этом подчеркивается, что распространенность депрессии с учетом фактора тяжести заболевания, потребности в повторных госпитализациях увеличивается до 19–33%, что сопровождается повышением доли не только тяжелых, но и умеренно выраженных депрессий. Максимальным этот показатель был у больных хронической сердечной недостаточностью, сахарным диабетом 2-го типа и онкологическими заболеваниями. Высокая частота депрессии выявлена также при неврологической патологии (паркинсонизм, нарушения мозгового кровообращения) [6].

Среди исследований, в которых анализируется и сопоставляется распространенность психических расстройств с учетом разных соматических заболеваний (сердечно-сосудистых, респираторных, онкологических и др.), можно выделить работу немецких ученых [8], выполненную на основе наблюдений за 3393 госпитализированными и амбулаторными пациентами. По данным авторов, риск развития любого психического расстройства у соматических больных в стационаре составляет 43,7% (ОР 2,3), а в амбулаторной практике — 42,2% (ОР 2,2) и в равной степени повышен по сравнению с контролем. Авторы провели сравнительный анализ частоты психических расстройств (по показателю «12-month prevalence») в группах, сформированных в соответствии с характером соматического заболевания: болезни сердечно-сосудистой (915 наблюдений), бронхолегочной (453), опорно-двигательной (1416) системы, онкологические заболевания (174) и в контрольной группе (1083 здоровых). Повышенная по сравнению с контрольной группой распространенность психических расстройств выявлена при сердечно-сосудистых (40,7%), бронхолегочных (42,1%) заболеваниях и болезнях опорно-

двигательного аппарата (45,3%); при онкологических заболеваниях этот показатель составил 36,8%.

В настоящее время появляются исследования, выполненные на основе междисциплинарного подхода (психоонкология и психокардиология), в которых рассматривается не только распространенность, но и роль психических расстройств при жизнеугрожающих соматических заболеваниях. При этих формах соматической патологии частота психических расстройств может достигать максимальных значений (75–88%), причем прогнозируется дальнейшее увеличение распространенности депрессивных, тревожных, ипохондрических и других расстройств [13].

При наличии в анамнезе одной психотравмирующей ситуации легкие депрессивные расстройства выявлялись в 40,8% случаев, сформированные депрессивные состояния — в 21,7%. При наличии двух психотравмирующих ситуаций эти расстройства отмечались в 49,7 и 29,7% случаев, трех — в 59,8 и 36,5% и т. д. ($p < 0,001$) [11].

Существенным фактором риска развития депрессии являются депрессивные эпизоды и другие расстройства аффективного спектра в анамнезе. Информация об эпизодах депрессий, периодических запоях, касающаяся больного или его семьи, служит дополнительным подтверждением предположения о связи актуальных жалоб с депрессией [4].

C. Dong и соавт. [11] показали, что вероятность депрессии возрастает с увеличением индекса массы тела и количества хронических соматических заболеваний ($p < 0,001$). Результаты многофакторного регионального анализа свидетельствовали о том, что индекс массы тела, раса, семейное положение, хронические соматические болезни и семейный анамнез являются предикторами депрессии как для мужчин, так и для женщин. Иерархический анализ выявил, что индекс массы тела увеличивает риск больше, чем все остальные факторы вместе взятые [18].

Эпидемиологические данные о роли депрессивных расстройств в общей медицинской практике нуждаются в уточнении, поскольку приведенные в разных исследованиях показатели значительно различаются. Такой разброс связан с неоднозначностью используемых теоретических моделей и диагностических подходов. Соответствующие показатели в работах, основанных на самоотчете пациентов, существенно выше, чем в стандартизованных исследовательских интервью. В частности, это расхождение наблюдается и в популяционных выборках страдающих соматической патологией пациентов (жители развивающихся стран) — 38,5% против 19,9% [22].

При выявлении психотравмирующих ситуаций у детей в период, предшествовавший возникновению соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы (СВД ССС), акцентировали внимание на обстоятельствах, имевших большое личное значение для ребенка, а также длительно или чрезвычайно сильно воздействующих. Наличие психотравмирующих ситуаций в анамнезе было выявлено у 64,9% пациентов с СВД ССС (по сравнению с контрольной группой — 18,1%; $p < 0,01$). Острые психотравмирующие ситуации в анамнезе отмечены у 5,1% (4,5%) подростков с СВД ССС, хронические — у 58,1% (9,5%, $p < 0,01$), комбинация — у 1,7% (3,8%) [23]. У подростков с СВД ССС достоверно чаще ($p < 0,01$), чем в контроле, встречались неконструктивные типы воспитания, способствовавшие формированию дезадаптивных стереотипов взаимодействия с со-

циальной средой, что вело к снижению толерантности к психотравмирующим обстоятельствам и наряду с другими факторами риска — к развитию соматоформного расстройства. При исследовании характерологических особенностей подростков с СВД ССС достоверно чаще выявлялись акцентуации по психастеническому типу — у 11,9% (при их отсутствии в контрольной группе) и сенситивному типу — 21,4% (2,9% в контроле) [23]. Акцентуации характера не выявлены в основной группе только в 7,7% случаев, а в контрольной — в 24,8%. Акцентуации во многом определяли особенности реагирования на сложные для подростка ситуации, что проявлялось в подходе к оценке ситуации, глубине и длительности эмоциональных переживаний, специфике поведения в неблагоприятных обстоятельствах. Антенатальная патология в анамнезе чаще ($p < 0,01$) имела у подростков с СВД ССС, в том числе наиболее часто ($p < 0,01$) токсикозы беременности у матерей: первой половины — в 26,5% случаев в основной группе (в 14,3% в контроле), второй половины — в 5,9% (в 1,9% в контроле), на протяжении всей беременности — в 13,7% (в 3,8% в контроле) [23]. Угроза прерывания беременности отмечалась у матерей подростков основной группы достоверно более часто ($p < 0,01$), как и перинатальные факторы риска [23].

И.Ф. Тимербулатов и В.Л. Юлдашев (цит. по [23]) установили, что из социальных факторов риска формирования невротических расстройств у подростков наиболее значимыми являются те, что характеризуют различные аспекты жизни семьи, включая возраст и социальный статус родителей, а также их вредные привычки. Так, молодой (до 18 лет) на момент рождения ребенка возраст родителей увеличивает риск формирования у подростка соматоформных расстройств, пожилой возраст родителей (старше 40 лет) неблагоприятен с позиции риска формирования социофобии, панического тревожного расстройства и изолированных фобий. При изучении уровня образования родителей как фактора риска выявлена прямая связь (чем выше образование, тем выше риск развития расстройства) лишь в отношении матерей (для соматоформных расстройств) [23].

В исследовании В.Г. Остроглазова (цит. по [20]), посвященном изучению психопатологических состояний пограничного уровня, сопровождающихся функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы, коморбидность депрессии с кардионевротическими нарушениями регистрируется в 45,4% случаев.

По данным национального исследования коморбидности, проведенного в США (5877 респондентов), число дней нетрудоспособности на протяжении 1 мес для больных АГ, бронхиальной астмой, артритом или язвенной болезнью желудка при отсутствии депрессии составляет 0–0,6. При наличии коморбидного большого депрессивного эпизода этот показатель увеличивается до 3–4,7 [21, 24].

Депрессия не относится к труднодиагностируемым психопатологическим состояниям. Она легко распознается и без выявления тонких синдромальных структурных различий и нюансов. Однако всегда представлялась проблематичной дифференциация природы депрессии: является ли она результатом органического поражения головного мозга, т.е. морфологических изменений вещества мозга, или имеет функциональную природу. Хотя само понятие «функциональный» в наши дни претерпевает изменения в связи с выявлением изменений на молекулярном уровне. Учитывая

определенные достижения в сфере антидепрессивной психофармакологии, мы можем хотя бы предварительно констатировать, что депрессия всегда является результатом определенных (возможно, и неспецифических) изменений в мозге. Современный уровень знаний о метаболизме нейро-

транмиттеров (серотонина, норадреналина, дофамина) позволяет более корректно подходить к диагностике психопатологических проявлений в структуре депрессивных нарушений, оценивать роль тех или иных факторов, предположительно связанных с развитием депрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрущенко А.В., Романов Д.В. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройств в общей медицине (обзор литературы). Псих расстр в общ мед 2010;2:23–42.
2. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Депрессии в общемедицинской сети. Псих расстр в общ мед 2010;1:4–3.
3. Можаяев М.В., Пакриев С.Г. Факторы риска депрессии у пациентов терапевтического стационара. Псих расстр в общ мед 2010;1:24–30.
4. Creed F. Depression in the medically illness. In: Depression and physical illness F. Creed, Ch. Dickens (eds). Step Cambridge Univ Press 2007;3–18.
5. Cuijpers P., Munoz R.F. Psychoeducational treatment and prevention of depression: the «coping with depression» course 30 years later. Clin Psychol Rev 2009;29:449–58.
6. Wang P.S., Lane M., Olfson M. et al. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62(6):629–40.
7. Baumeister H., Hutter N., Bengel J. et al. Quality of life in somatically ill persons with comorbid mental disorders: a systematic review and meta-analysis. Psychother Psychosom 2011;80:275–86.
8. Spiller R., Aziz Q., Creed F. et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. Gut 2007;56(12):1770–98.
9. Watson H.J., Nathan P.R. Role of gender in depressive disorder outcome for individual and group cognitive-behavioral treatment. J Clin Psychol 2008;64(12):1323–37.
10. Lynch D., Tamburrino M., Nagel R. Depressive symptoms: Associations with health perceptions and health behaviors. Depression 1996;4(2):68–72.
11. Dong C., Sanchez L.E., Price R.A. Relationship of obesity to depression: a family-based study. Int J Obesity 2004;28(6):790–5.
12. Hange D., Bengtsson C., Sundh V. et al. The natural history of psychosomatic symptoms and their association with psychological symptoms: observations from the Population Study of Women in Gothenburg. Eur J Gen Pract 2007;13(2):60–6.
13. Simon G.E. Assessing Mood and Somatic Symptoms in the Medically ill Depressed Patient. Novel Approaches into Assessing and Treating depression in the Medically illness. 162 Annual Meeting American Psychiatric Association. 2009; 21.
14. Volkers A.C., Nuyen J., Verhaak P.F. et al. The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. J Affect Dis 2004;82(2):259–63.
15. Karlsson H. Problems in the definitions of positive mental health. World Psych 2012;11(2):106–7.
16. Ковров Г.В., Лебедев М.А., Палатов С.Ю. Депрессия в общей практике. РМЖ (Неврология) 2010;18(6).
17. Taylor W.D., McQuoid D.R., Krishnan K.R. Medical comorbidity in late-life depression. Int J Geriatr Psychiatry 2004;19(10):935–43.
18. Yates P., Kramer T., Garralda E. Depressive symptoms amongst adolescent primary care attenders: Levels and associations. Soc Psych Psych Epidemiol 2004;39(7):588–94.
19. Lieb R., Mehlenschmidt G., Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. Psychosom Med 2007;69(9):860–3.
20. Воробьева О.В. Клинические особенности депрессии в общемедицинской практике (по результатам программы «КОМПАС»). Cons Med 2004;6(2).
21. Wittchen H.U. Отчет рабочей группы Европейской коллегии по нейрпсихофармакологии и вопросам распространенности психических расстройств в Европе и связанным с ними бременем (реферат). Обзор психиатр и мед психол 2005;1: 4.
22. Moran J.M., Jolly E., Mitchell J.P. Social-cognitive deficits in normal aging. J Neurosci 2012;32(16):5553–61.
23. Маринчева Л.П., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Социально-психологические и клинические факторы риска формирования соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы у подростков. Обзор психиатр и мед психол 2008;1:20–3.
24. Wittchen H.U., Kessler R.C., Beesdo K. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. J Clin Psych 2002;63(Suppl 8):24–34.