

М.Л. Прокопьева, Е.В. Винокуров, В.С. Собенников

КЛИНИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЗИРОВАННЫХ ДЕПРЕССИЙ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

В статье проведен сравнительный анализ депрессивных состояний, в структуре которых были выражены или отсутствовали соматоформные нарушения. Подробно рассмотрены наиболее значимые предикторы формирования внутренней картины болезни для пациентов пограничного психиатрического отделения. Установлены, вне зависимости от выраженности соматизации депрессии, наиболее часто встречающиеся типы реакции на болезнь. Учет этих данных в клинической практике имеет существенное значение в выборе подходов к психотерапии и реабилитации пациентов с соматизированной депрессией.

Ключевые слова: депрессивный эпизод, соматизированная депрессия, соматоформные симптомы, внутренняя картина болезни

CLINICAL AND CLINICAL-PSYCHOLOGICAL PROFILES OF SOMATIZED DEPRESSIONS

M.L. Prokopjeva, E.V. Vinokurov, V.S. Sobennikov

Irkutsk State Medical University, Irkutsk

A comparative analysis of depressions with or without somatoform disorders in their structure was conducted. The most significant predictors of formation of internal aspect of the disease for patients of border psych ward are reviewed. The most common types of disease reactions regardless of the intensity of somatization of the depression are determined. Accounting of these data has substantial significance in choosing approaches to psychotherapeutics and rehabilitation of the patients with somatized depression.

Key words: depressive episode, somatized depression, somatoform symptoms, internal aspect of the disease

Одной из наиболее быстро развивающихся областей медицины в последние десятилетия является пограничная психиатрия, что обусловлено неуклонным ростом в популяции психических расстройств невротического и аффективного регистров. Отмечается, что среди пациентов первичной медицинской сети распространены депрессии неглубокого уровня с преимущественно «телесной презентацией» на фоне доминирования симптомов тревоги и витальной астении [11]. В структуре таких аффективных состояний тревога и депрессия часто проявляются в форме смешанных состояний [20] в сочетании с соматоформными симптомами [9, 13, 15].

Клинические описания аффективных расстройств с преобладанием псевдосоматических симптомов известны с античных времен, однако базовые представления о соматизированной депрессии сформировались лишь в первой половине XX века. В отечественной и зарубежной психиатрии подобные расстройства классифицировались как скрытые [14], соматизированные [1], маскированные [17], ларвированные [10], алекситимические, латентные, вегетативные, тимопатические депрессии, депрессивные эквиваленты [3], депрессии без депрессии, аффективные эквиваленты, циклосомии [4], соматические [5] и тимопатические эквиваленты, психовегетативный синдром [6].

С начала 90-х годов по мере внедрения в клиническую психиатрию МКБ 10 наметилась тенденция смены концепции маскированных депрессий моделью коморбидности. Такой подход позволил оценить соотношение депрессивных расстройств с соматоформными, выделенными в самостоятельную

категорию. Мета-анализ исследований, проведенных за период с 1975 до начала 1990-х гг. [19], показал, что у «соматизеров» (включая больных с хронической болью) с высокой частотой встречается депрессия, а у депрессивных – жалобы на боль, симптомы соматизации и ипохондрии [20]. Терапия антидепрессантами оказывает позитивное влияние как на аффективные, так и на соматоформные расстройства. Установлено, что соматизация аффективных расстройств в значительной мере опосредована такими факторами, как пол, возраст, преморбидные личностные особенности [2, 8, 12, 16].

В качестве факторов риска «физиологического» варианта депрессии с преобладанием соматовегетативных расстройств рассматриваются также условия среды и социальные влияния, определяющие социально-психологические детерминанты внутренней картины болезни у таких пациентов [18].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение клинико-психологических характеристик пациентов с депрессивными эпизодами легкой и средней степени тяжести, в структуре которых выражены соматоформные нарушения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании применялся клинический (клинико-психопатологический, клинико-анамнестический) метод, дополненный оценкой с использованием клинических шкал тревоги HAM-A (Hamilton M., 1959), депрессии HDRS (Hamilton M., 1960), а также экспериментально-психологических методик: метод цветовых выборов (МЦВ) (Собчик Л.Н., 1990;

Luscher M., 1969), методика «Акцент 2-90» (Вигдорчик М.И., 1995), опросник типов отношения к болезни (ТОБОЛ) (Вассерман Л.И. с соавт., 1990), опросник алекситимии (TAS-20) (Taylor G.J. et al., 1992), стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) (Собчик Л.Н., 2001). При сборе анамнестических сведений углубленному анализу были подвергнуты данные семейного анамнеза, динамика личностных особенностей больных как в преморбиде, так и на этапе актуального состояния. Для статистического анализа цифровые результаты вводились в компьютерную базу данных в программу Statistica 10 (StatSoft Inc.). При сравнении социально-демографических и клинических характеристик использовались критерии χ^2 и точный критерий Фишера. Оценка значимости различий между показателями оценочных шкал проводилась с помощью теста Фридмана и критериев Вилкоксона и Манна – Уитни.

Объектом исследования являлись стационарные пациенты психиатрического отделения факультетских клиник ИГМУ с аффективными расстройствами. Всего обследовано 108 пациентов (69 женщин (64 %) и 39 мужчин (36 %), средний возраст – $44,0 \pm 1,2$ года. Психопатологические нарушения у всех испытуемых квалифицировались как депрессивный эпизод (F32.0, F32.1). Клиническая картина депрессии в большинстве случаев (82 пациента (76 %)) характеризовалась выраженностью соматоформных нарушений. Больше половины обследованных имели семью (57 человек (53 %)), 20 человек (18 %) находились в разводе, 19 человек (18 %) никогда не состояли в браке, 12 человек (11 %) вдовствовали. Также немногим больше половины обследованных были профессионально заняты (63 человека (58 %)), из них 70 % (44 человека) были служащими, 30 % (19 пациентов) имели рабочие специальности. Сравнительный анализ показал умеренное преобладание среди обследованных городских жителей (60 человек (56 %)) над представителями сельского населения (48 человек (44 %)). Высшее образование имели 50 человек (46 %), неоконченное высшее – 11 (10 %), среднее специальное – 34 (31 %), среднее образование – 13 (12 %). Наследственная отягощенность психической патологией установлена у 69 пациентов (64 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение актуального статуса пациентов в обследованных группах (с выраженным и слабым проявлением соматизации) посредством клинических шкал и опросников показало превышение нормативных значений показателей по шкалам депрессии (HDRS) и тревоги (НАМ-А). В зависимости от представленности соматизированных симптомов показатели по шкале депрессии HDRS достоверно не различались ($17,9 \pm 3,4$ и $17,5 \pm 2,3$ соответственно). Показатели шкалы тревоги НАМ-А оказались достоверно выше ($p < 0,05$) среди пациентов со значительной представленностью соматизированных нарушений, при сравнении с пациентами с малым количеством соматических симптомов ($23,1 \pm 3,3$ и $18,3 \pm 2,1$ соответственно).

Применение опросника алекситимии TAS-20 позволило выявить симптомокомплекс алекситимии, характерный для всей выборки ($64,1 \pm 4,4$ балла). Суммарные показатели шкалы алекситимии TAS-20 при депрессии с выраженными соматизированными нарушениями также оказались достоверно выше ($65,4 \pm 4,7$ и $62,7 \pm 3,5$ балла соответственно при $p < 0,05$). Анализ показателей трех составляющих алекситимии также выявил достоверные различия ($p < 0,05$), но только по фактору «затруднения в идентификации и различении чувств и телесных ощущений» (DIF). Значительно более высокие показатели фактора DIF были характерны для депрессивных состояний с выраженными соматизированными нарушениями ($26,5 \pm 1,2$ балла). При депрессии с минимальными соматическими симптомами показатель фактора DIF составил $23,1 \pm 1,4$ балла.

Методика СМИЛ позволяет не только сравнить обследованные группы, но и верифицировать характерные личностные детерминанты, свойственные обследованным пациентам [7]. Профиль шкал достоверности во всех изученных группах был в рамках допустимой вариабельности, однако разница между показателями шкал F и K выявляла тенденцию к драматизации имеющихся проблем. Это можно соотнести с выраженностью аффективных нарушений и потребностью в помощи. Клиническая группа депрессивного эпизода с выраженными соматизированными нарушениями имела достоверно более высокие показатели базисных шкал ($p < 0,05$), а также «плавающий» усредненный профиль СМИЛ, свидетельствующий о выраженном стрессе и дезадаптации личности. В целом профиль СМИЛ группы депрессии с соматизированными нарушениями характеризовались превышением усредненных показателей 75Т по шкалам «пессимистичности», «эмоциональной лабильности», «тревожности» и превышением 70Т по шкалам «сверхконтроля» и «индивидуалистичности». Профиль СМИЛ группы депрессии без соматических симптомов характеризовался превышением усредненных показателей 70Т по шкалам «сверхконтроля», «пессимистичности», «эмоциональной лабильности», остальные базисные шкалы – 56Т и выше.

Наиболее распространенными типами реагирования на болезнь (по методике ТОБОЛ) в обследованной группе оказались сенситивный и тревожный. При этом сенситивный тип (34 наблюдения (31 %)) обнаруживал положительную корреляцию с женским полом ($r = 0,37$; $p < 0,05$), вдовством ($r = 0,3$; $p < 0,05$), а также возрастом манифеста заболевания старше 45 лет ($r = 0,32$; $p < 0,05$). У пациентов с тревожным типом реагирования (34 случая (31 %)) выявлена положительная корреляционная связь с мужским полом ($r = 0,32$; $p < 0,05$), отсутствием детей ($r = 0,35$; $p < 0,05$), продолжительностью заболевания – 5 лет и более ($r = 0,39$; $p < 0,05$). В этих случаях клиническая картина депрессии имела специфические черты: наличие алгических переживаний различной локализации ($r = 0,31$; $p < 0,05$), а также выраженность гастроинтестинальных симптомов ($r = 0,33$; $p < 0,05$). У

22 пациентов (20 %) регистрировался неврастенический тип реагирования, обнаружены положительные корреляции с чертами застревания ($r = 0,32$; $p < 0,05$) и эмотивности ($r = 0,42$; $p < 0,05$) в преморбидном периоде. Анозогностический вариант (8 человек (7 %)) коррелировал с высшим образованием ($r = 0,36$; $p < 0,05$), феноменами деперсонализации и дереализации ($r = 0,39$; $p < 0,05$), выраженностью депрессии по шкале HDRS ($r = 0,35$; $p < 0,05$). Паранояльный тип (5 человек (5 %)) реагирования чаще наблюдался у лиц мужского пола ($r = 0,33$; $p < 0,05$) с повторными госпитализациями ($r = 0,39$; $p < 0,05$), отсутствием трудовой занятости ($r = 0,36$; $p < 0,05$), находящихся в разводе ($r = 0,3$; $p < 0,05$) и не имеющих детей ($r = 0,38$; $p < 0,05$), а также с высоким уровнем тревоги по шкале HAM-A ($r = 0,41$; $p < 0,05$). При гармоничном типе (5 человек (5 %)) отмечалась положительная корреляция с трудовой занятостью ($r = 0,39$; $p < 0,05$), а кроме того со снижением аппетита ($r = 0,35$; $p < 0,05$), обсессивными симптомами ($r = 0,38$; $p < 0,05$), алгиями ($r = 0,32$; $p < 0,05$), инсомническими расстройствами ($r = 0,30$; $p < 0,05$) в структуре клинической картины заболевания.

В обследованной выборке больных почти в равном соотношении были представлены случаи первичного обращения (50 человек (46 %)) и повторных госпитализаций (58 человек (54 %)). Результаты исследования по методике МЦВ свидетельствуют о том, что пациенты с преобладанием соматизированных симптомов при первичной госпитализации испытывали растерянность, тяготились пребыванием в психиатрическом стационаре и были озабочены сохранением своего социального реноме. Для пациентов второй группы была более характерна тенденция подавления выражения негативных эмоций из-за субъективного страха нарушить значимые социальные отношения (с медицинским персоналом и родственниками).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Согласно полученным результатам, депрессия, ассоциированная с выраженными соматоформными нарушениями, отличается большей выраженностью психопатологических нарушений, оцениваемых по клиническим шкалам депрессии и тревоги. При общей тенденции в исследуемой выборке превышения показателей по шкале алекситимии TAS-20 среди больных депрессией с наличием соматизированных нарушений установлено значимое превышение по фактору «затруднения в идентификации и различении чувств и телесных сенсаций» (DIF). Следовательно, установлены существенные различия между группами пациентов со значительной и малой представленностью соматических симптомов в клинике депрессии по эмоционально-сенситивному фактору алекситимии, но не по когнитивному. Пациенты выделенных групп также обнаруживали дифференцированный реакции при госпитализации в психиатрический стационар. Кроме того, вне зависимости от выраженности соматизации депрессии установлены наиболее часто встречающиеся типы реакции на болезнь – тревожный, сенситивный,

неврастенический, а также наиболее значимые их предикторы, к которым можно отнести преморбидные особенности личности, гендерный признак, семейное и социальное положение, в определенной степени кратность госпитализации и длительность самого заболевания. Учет этих данных в клинической практике имеет значение в выборе подходов к психотерапии и реабилитации пациентов с соматизированной депрессией.

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Ануфриев А.К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщение III. Четыре компонента и четыре стадии скрытой эндогенной депрессии // Ж. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1978. – Т. 78, Вып. 9. – С. 1342–1347.
2. Anoufrieв A.K. Hidden endogenous depression. Report III. Four components and four stages of the latent endogenous depression // Zh. nevroptol. i psihiatrii im. S.S. Korsakova. – 1978. – Vol. 78, Iss. 9. – P. 1342–1347. (in Russian)
3. Завидовская Г.И. Особенности депрессии у женщин (обзор литературы) // Российский психиатрический журнал. – 2001. – Приложение. – С. 1–4.
4. Zavidovskaya G.I. Features of depression in women (review of literature) // Rossijskij psichiatricheskij zhurnal. – 2001. – P. 1–4. (in Russian)
5. Каннабих Ю.В. Циклотимия, её симптоматика и течение. – М., 1914. – 419 с.
6. Kannabikh Yu.V. Cyclothymia, its symptoms and course. – Moscow, 1914. – 419 p. (in Russian)
7. Краснушкин Е.К. О некоторых отношениях между душевными и соматическими болезнями (избранные труды). – М., 1960. – С. 427–445.
8. Krasnushkin E.K. To the relationships between mental and physical illness (selected works). – Moscow, 1960. – P. 427–445. (in Russian)
9. Невзорова Т.А., Дробизhev Ю.З. Соматический эквивалент циркулярного психоза и циклотимии // Сов. мед. – 1962. – № 12. – С. 45–49.
10. Nevzorova T.A., Drobizhev Yu.Z. Somatic equivalent of circular psychosis and cyclothymia // Sov. Med. – 1962. – N 12. – P. 45–49. (in Russian)
11. Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Сыркин А.Л. Депрессия у соматически больных. – М., 1998. – С. 108.
12. Smulevich A.B., Kozyrev V.N., Syrkin A.L. Depression in somatic patients. – Moscow, 1998. – P. 108.
13. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ. – СПб.: Речь, 2001. – 219 с.
14. Sobchik L.N. Standardized multivariate method of study of personality MMPI. – St. Petersburg: Rech, 2001. – 219 p.
15. De Leon J., Saiz-Ruiz J., Chinchilla A., Morales P. Why do some psychiatric patients somatize? // Acta Psychiatr. Scand. – 1987. – Vol. 76 (2). – P. 203–209.
16. Escobar J.I., Burnam M.A., Karno M., Torsythe A. et al. Somatization in the community // Arch. Gen. Psychiatry. – 1987. – N 8. – P. 713–718.
17. Glatzel J. Endogene Depressionen. Zur Psychopathologie, Klinik und Therapie zyklolymer

Verstimmungen. Anankastisch melancholische Zykllothymien. – Stuttgart, 1973. – P. 118–123.

11. Hamilton M. Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness) // Br. J. Psychiat. – 1989. – Vol. 154. – P. 201–206.

12. Jackson J.L., Chamberlin J., Kroenke K. Gender and symptoms in primary care practices // Psychosomatics. – 2003. – Vol. 44. – P. 359–366.

13. Katon W. Panic disorder and somatization. Review of 55 cases // Am. J. Med. – 1984. – Vol. 77 (1). – P. 101–106.

14. Kielholz P. Psychopathology of depression // Proceeding of the symposium by the section of clinical Psychopathology of the World Psychiatric Association. – Helsinki, 1980. – P. 153–157.

15. Kirmayer L.J., Robbins J.M. Current concepts of somatization: research and clinical perspectives. –

Washington: American Psychiatrics Press Inc., 1993. – P. 107–141.

16. Kretschmer E. Störungen des gefuhlslebens Temperamente // Handbuch der geisteskrankheiten. – Berlin, 1928. – Bd. 1, T. 1. – S. 662–688.

17. Lopez-Ibor J.J. Masked depression // Brit. J. Psychiatry. – 1972. – Vol. 120. – P. 245–258.

18. Pollitt J.D. Suggestions for a physiological classification of depression // Br. J. Psychiat. – 1965. – Vol. 111. – P. 489–495.

19. Smith G.R. The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorders, somatization, or pain // Gen. Hosp. Psychiat. – 1992. – Vol. 14. – P. 265–272.

20. Stein M.B., Kirk P., Prabhu V., Grott M. Mixed anxiety – depression in primary care clinic // J. of Affective Disorders. – 1995. – № 2. – P. 79–84.

Сведения об авторах

Прокопьева Мария Леонидовна – врач клиники неврозов и психотерапии Иркутского государственного медицинского университета (664003, г. Иркутск, б-р Гагарина, 6; тел.: 8 (3952) 28-08-08; e-mail: maria310782@rambler.ru)

Винокуров Евгений Вячеславович – кандидат медицинских наук, врач клиники неврозов и психотерапии Иркутского государственного медицинского университета (e-mail: evgeniy_vinokurov@yahoo.com)

Собенников Василий Самуилович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Иркутского государственного медицинского университета (664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1; тел.: 8 (3952) 24-36-61; e-mail: vsobennikov@gmail.com)

Information about the authors

Prokopjeva Maria Lenidovna – physician of the Clinic of Neuroses and Psychotherapy of Irkutsk State Medical University (Gagarina Blvd, 6, Irkutsk, 664003; tel.: +7 (3952) 28-08-08; e-mail: maria310782@rambler.ru)

Vinokurov Evgenii Vyacheslavovich – Candidate of Medical Sciences, physician of the Clinic of Neuroses and Psychotherapy of Irkutsk State Medical University (e-mail: evgeniy_vinokurov@yahoo.com)

Sobennikov Vasily Samuilovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Medical Psychology of Irkutsk State Medical University (Krasnogo Vosstaniya str., 1, Irkutsk, 664003; tel.: +7 (3952) 24-36-61; e-mail: vsobennikov@gmail.com)