

Суицидальные тенденции в динамике соматизированной депрессии

ФБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иркутск

Sobennikov V.S., Prokopyeva M.L., Sobennikova V.V., Cherniak N.B.

Suicidal tendencies in the dynamics of somatized depression

Резюме

Актуальность: высокая распространенность депрессии с преимущественно соматическими клиническими проявлениями, требующая разработки новых подходов в диагностике и терапии. Цель: выявление риска развития суицидальных тенденций у пациентов с соматизированной депрессией при монополярным и биполярном течении аффективного расстройства. Материал и методы: обследовано 129 пациентов с расстройствами аффективного спектра, клиническая картина которых определялась депрессивной симптоматикой в сочетании с множественными соматическими симптомами. Результаты. Суицидальные тенденции выражены в клинике соматизированных вариантов депрессии вне зависимости от типа течения (рекуррентно-депрессивного или биполярного) аффективного заболевания. Вероятность проявления суицидальных тенденций выше в клинике развернутых эпизодов рекуррентной и биполярной депрессии, имеющих выраженность типичных симптомов «витальной» депрессии

Ключевые слова: соматизированная депрессия, монополярное течение, биполярное течение, суицидальные тенденции

Для цитирования: Собенников В.С., Прокопьева М.Л., Собенникова В.В., Черняк Н.Б., Суицидальные тенденции в динамике соматизированной депрессии, Уральский медицинский журнал, №11 (194) 2020, с. 34 - 38, DOI 10.25694/URMJ.2020.11.15

Summary

Relevance: high prevalence of depression with mainly somatic clinical manifestations, requiring the development of new approaches to diagnosis and therapy. Objective: to identify the risk of suicidal tendencies in patients with somatized depression in the monopolar and bipolar course of affective disorder. Material and methods: 129 patients with affective spectrum disorders were examined, the clinical picture of which was determined by depressive symptoms in combination with multiple somatic symptoms. Results. Suicidal tendencies are expressed in the clinic of somatized variants of depression, regardless of the type of course (recurrent-depressive or bipolar) affective disease. The probability of suicidal tendencies is higher in the clinic of developed episodes of recurrent and bipolar depression, which have the severity of typical symptoms of "vital" depression

Key words: somatized depression, monopolar course, bipolar course, suicidal tendencies

For citation: Sobennikov V.S., Prokopyeva M.L., Sobennikova V.V., Cherniak N.B., Suicidal tendencies in the dynamics of somatized depression, Ural Medical Journal, No. 11 (194) 2020, p. 34 - 38, DOI 10.25694/URMJ.2020.11.15

Введение

В современных источниках отмечается сохранение высокого уровня распространенности депрессии и тревоги, как в психиатрической, так и общесоматической практике [Краснов В.Н., 2010; Петрунько О.В., 2016; Сиденкова А.В., 2017; Смудевич А.Б., 2017; Собенников В.С. и др., 2016]. В этой связи, особого внимания заслуживает «маскированная», соматизированная депрессия (СД), проявляющаяся преимущественно соматическими жалобами и симптомами. Клинические проявления таких

депрессий определяют трудности диагностики и длительное наблюдение врача-ми-интернистами, при этом характерен низкий ответ на терапию, частота рецидивирования и, соответственно, высокий уровень издержек медицинского сопровождения [Прокопьева М.Л., 2018; Счастный Е.Д. и др., 2018; Lopez Ibor J., 1972]. Кроме того, соматизированные синдромы, коморбидные депрессии и тревоге сопровождаются по-вышенным суицидальным риском [Краснов В.Н., 2010; Aaltonen K. et al., 2018]. Имеющиеся метааналитические обзоры, посвя-

ценные соматизированной де-прессии, не всегда носят согласованный характер и не отражают современные тенденции дифференцированной оценки течения аффективного расстройства [Тиганов А.С., 1986; Angst, 2020]. Например, принадлежность депрессии к моно- или биполярному типу требует специфических терапевтических подходов, что влияет на эффективность лечения, превенцию суицидального поведения, социальное функционирование и качество жизни больных [Мосолов С.Н. и др., 2015; Eduard Vieta, Carla Torrent, 2016].

Материалы и методы

Обследовано 129 стационарных пациентов с расстройствами аффективного спектра, из них женщин – 89 (69,0%), мужчин – 40 (31,0%), соотношение мужчин и женщин – 1:2,2. Средний возраст на момент исследования составил $45 \pm 1,1$ лет. Клиническая картина заболевания во всех случаях определялась депрессивной, либо де-прессивной с элементами смешанного аффекта симптоматикой в сочетании с множественными соматизированными психопатологическими симптомами (патологические телесные сенсации – алгии и сенестоалгии, вегетативные сенсации и дисфункции).

В исследование включались лица, направленные к психиатру после продолжительного периода наблюдения и лечения специалистами первичной медицинской сети. Додиагностический этап составил в среднем $2,8 \pm 0,4$ года. Все пациенты находились на стационарном лечении в пограничном психиатрическом отделении факультетских клиник ФГБОУ ВО ИГМУ МЗ РФ. Диагностика осуществлялась на основе комплексного изучения, совместного с терапевтом и неврологом.

Из исследования исключались пациенты, в психическом статусе которых, на момент обследования, либо в анамнезе, обнаруживались выраженные расстройства психотического уровня; признаки шизофрении или текущего органического заболевания центральной нервной системы; психические и поведенческие нарушения вследствие употребления психоактивных веществ (F10—F19); умственная отсталость (F70—F79); выраженная соматическая и неврологическая патология.

В качестве оценочных инструментов применялись шкалы депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS, HARS), шкала биполярности (BSDS – The Bipolar Spectrum

Diagnostic Scale). Семиология клинических проявлений была представлена в виде мат-рицы, включающей 308 признаков (164 признака по данным клинической регистрации и 144 признака, отражающих данные результатов тестирования). Статистическая обработка осуществлялась при помощи программы Statistica (версия 6,0) Stat Soft, использовались модули «основные статистики/таблицы», «ANOVA».

Клиническое изучение, дополненное применением шкалы BSDS, позволило выделить 3 клинических группы: 1. С очень низкой вероятностью биполярного расстройства (сумма баллов BSDS от 0 до 12), больные рекуррентной соматизированной депрессией (РД), 43 случая (34,1%); 2. Вероятно биполярной депрессией (ВБД) – 30 пациентов (23,3%), с возможностью биполярного течения аффективного расстройства (BSDS 13-19 баллов); 3. С высокой степенью вероятности диагностики актуальной депрессии (в том числе с элементами смешанного состояния) в рамках биполярного расстройства (БД) – 56 (42,6%) пациента, (BSDS 20 – 25 баллов). Распределение больных по полу и возрасту в зависимости от клинических групп представлено в таблице 1.

Можно отметить отсутствие существенных различий между группами в распределении больных по полу и возрастным диапазонам, кроме почти полного отсутствия лиц старше 55 летнего возраста среди больных с ВБД, но по данному параметру эта группа достоверно отличалась лишь от группы пациентов с РД.

Помимо клинической регистрации изучение актуального статуса больных, включало стандартизованную оценку с помощью шкал тревоги и депрессии Гамильтона.

Суицидальные тенденции (навязчивые размышления, овладевающие представления и фантазии) на этапе манифестного депрессивного эпизода у пациентов соматизированной депрессией наблюдались более чем в 1/3 случаев, однако суицидальные действия (попытки), осуществлялись лишь в 10 наблюдениях, 7,8% (среди них, женщин было 4, мужчин 6 человек). Все попытки носили нефатальный характер в форме приема большой дозы назначаемых препаратов, с самостоятельным, в последующем, обращением за помощью к близким. В соответствие с целью исследования выделялись 2 группы пациентов: 1. С наличием суицидальных тенденций в структуре аф-

Таблица 1. Распределение больных соматизированной депрессией по полу и возрасту, в зависимости от выделенных клинических групп

Возраст больных СД	Группы больных					
	РД (n=43)		ВБД (n=30)		БД (n=56)	
мужчины / женщины	n = 9 (20,9%)	n = 34 (79,1%)	n=11 (36,7%)	n=19 (63,3%)	n=20 (35,7%)	n=36 (64,3%)
16—29 лет	1 (11,1%)	3 (8,8%)	3 (27,3%)	5 (26,3%)	7 (35,0%)	5 (13,9%)
30—54 лет	6 (66,7%)	19 (55,9%)	8 (72,7%)	13 (68,4%)	12 (60,0%)	22 (61,1%)
55 и старше	2 (22,2%)	12 (35,3%)	0 (0,0%)	1 (5,3%)	1 (5,0%)	9 (25,0%)

Таблица 2. Усредненные стандартизированные клинические показатели (в том числе согласно шкалам HARS и HDRS) клинической картины соматизированной де-прессии, в зависимости от выделенных клинических групп

Клинические параметры	Группы пациентов		p<=
	1 группа	2 группа	
Пол мужской	45,7%	22,9%	0,007
Состоит в браке	32,6%	53,0%	0,03
Наличие детей	65,2%	81,9%	0,03
Аффективный темперамент в преморбиде	56,5%	38,6%	0,05
В анамнезе признаки детской нервности	41,3%	18,1%	0,004
Осложненный пубертатный период	36,9%	19,3%	0,03
У мужчин-эректильная дисфункция	28,3%	9,6%	0,005
Манифестный эпизод – осенью	45,7%	26,5%	0,03
Острое формирование первого эпизода	11,0	28,9%	0,02
Первичная госпитализация была в соматический стационар	30,4%	51,8%	0,02
Легкий и умеренный депрессивный эпизод на этапе манифестации	80,4%	54,2%	0,003
Преобладание собственно аффективной симптоматики в структуре эпизода	91,3%	67,5%	0,002
Выраженные соматизированные симптомы в структуре манифестного эпизода	47,8%	67,5%	0,03
Конверсионные симптомы	28,3%	43,4%	0,09*
Ипохондрия	32,6%	49,4%	0,07*
Соматизированные симптомы уrogenитальной сферы	43,5%	24,1%	0,03
В клинике депрессии преобладание ранних пробуждений	69,6%	49,4%	0,03
Кошмарные сновидения	45,7%	26,5%	0,03
Сонливость днем	21,7%	44,6%	0,01
Снижение аппетита	69,6%	54,2%	0,09*
Наличие суточного ритма	89,1%	59,0%	0,0003
Утренние ухудшения	69,6%	42,3%	0,003
В динамике – преобладает дистимия с эпизодами «двойной» депрессии	78,3%	59,0%	0,03
В динамике – регресс соматизированных симптомов	30,4%	14,5%	0,03
Среднее количество депрессивных эпизодов к моменту исследования	5,5	4,2	0,04
HARS напряжение (ср.)	2,5	2,1	0,03
HDRS выраженные суицидальные намерения с желанием смерти	34,8%	7,2%	0,0001
HDRS инсомния поздания (ср.)	1,33	0,83	0,0001
HDRS утренние ухудшения	56,5%	33,7%	0,01
HDRS сумма баллов	25,9	22,9	0,005
SSI выраженная утомляемость, слабость	67,4%	85,5%	0,02
SSI жалобы на неустойчивость походки (ср.)	1,7	2,2	0,03
SSI жалобы на выраженные сенсации кардинальной локализации	54,3%	38,6%	0,09*

Примечание: *различия на уровне тенденции (p<0,1)

фективного эпизода - 46 пациентов (35,7%), из них женщин-25 (28,1% от всех лиц женского пола), мужчин-21 (52,5%), и 2. С отсутствием отчетливых суицидальных тенденций в клинике заболевания (83 пациента, мужчин -19, женщин -64). Достоверных различий в распределении пациентов с наличием суицидальных тенденций в клинике соматизированной депрессии, в зависимости от биполярного либо рекуррентно-депрессивного типа течения, не установлено. Между выделенными группами выявлены различия по некоторым социально-демографическим и клиническим параметрам (таблица 2).

В группе пациентов с наличием суицидальных тенденций (первая группа) установлено относительное преобладание лиц мужского пола. По сравнению с пациентами без суицидальных тенденций (вторая группа), на момент исследования эти больные чаще в браке не состояли, не имели детей. В период раннего развития они обнаруживали проявления детской нервности, черты аффективного темперамента и осложненный поведенческими нарушениями пубертат. А у лиц женского пола в семейном анамнезе чаще выявлялись наркозависимые (p<0,04).

На этапе первичной диагностики, депрессивный

эпизод у пациентов первой группы развивался преимущественно подостро с клиникой легкой или умеренно-выраженной депрессии, но с меньшим акцентом на доминирование соматизированных симптомов и более отчетливо выраженными собственно депрессивными нарушениями, по сравнению с группой пациентов без суицидальных тенденций. Вследствие этого – на додиагностическом этапе они достоверно чаще госпитализировались непосредственно в психиатрический стационар, без первичного обследования в общесоматическом лечебном учреждении.

Особенностью соматизированной депрессии у пациентов с наличием суицидальных тенденций являлась преимущественная манифестация депрессии в осенний период. В клинике преобладали явления собственно депрессивной соматизации, с описанием физических ощущений, как эквивалента душевного страдания и кардиальной локализацией патологических ощущений. Реже, чем среди пациентов второй группы, выявлялись тревожно-фобические (ипохондрические) и истеро-конверсионные соматизированные симптомы, при, однако, различиях лишь на уровне тенденции ($p < 0,1$). В то же время, у пациентов данной группы, среди лиц мужского пола, в аффективном звене депрессии достоверно чаще была представлена тревога ($p < 0,004$) и выраженное напряжение ($p < 0,01$), были распространены жалобы со стороны урогенитальной сферы, и проявления эректильной дисфункции. А у пациентов женского пола, в анамнезе чаще наблюдались явления предменструального напряжения, а также сердечно-сосудистые симптомы, регистрируемые с помощью HARS ($p < 0,02$). В целом, в клинической картине соматизированной депрессии с наличием суицидальных тенденций достоверно чаще наблюдались «типичные» симптомы эндогенной депрессии (циркадианный ритм с утренними ухудшениями состояния, типичные нарушения сна с поздней инсомнией, ранними пробуждениями, редукция витальных влечений, заторможенность и запоры). Последние два показателя шкалы HDRS имели значимые различия в представленности, но лишь среди лиц мужского пола ($p < 0,05$). Симптомы, регистрируемые посредством опросника SSI между выделенными группами распределялись относительно равномерно. Различия касались лишь отдельных нарушений (слабость утомляемость, неустойчивость походки) соотносимых с астено-невротическим регистром, которые чаще были выражены в группе пациентов без суицидальных тенденций.

Наиболее важным дифференцирующим признаком между группами пациентов с соматизированной депрессией с наличием суицидальных тенденций и без таковых, был суммарный средний балл HDRS. В первой группе он составил $25,9 \pm 1,6$, во второй $22,9 \pm 1,3$, при $p < 0,005$, а

при сравнении групп с учетом лишь пациентов мужского пола получены наибольшие различия ($27,6 \pm 1,3$ против $20,6 \pm 1,8$, при $p < 0,0001$). В то же время суммарный усредненный показатель HARS между группами существенно не различался, но, также, при учете лишь пациентов-мужчин, он был достоверно выше в первой группе ($25,1 \pm 1,8$), чем во второй ($19,9 \pm 1,1$), $p < 0,05$.

На момент исследования пациенты 1 группы перенесли в среднем 5,5 болезненных эпизодов, а второй 4,2. Сравнительный анализ клинических проявлений депрессивных эпизодов в динамике показал, что среди пациентов с наличием суицидальных тенденций в структуре манифестного эпизода, выделяется отчетливый тренд на снижение выраженности соматизированных симптомов и постепенную «типизацию» клиники депрессии, вне зависимости от принадлежности к биполярному или рекуррентно-депрессивному типу течения.

Заключение

Изучение суицидальных тенденций в клинике соматизированных вариантов депрессии показало их распространенность вне зависимости от принадлежности депрессии к рекуррентному, либо биполярному спектру аффективных расстройств. При этом, клиническая манифестация суицидальных тенденций в наибольшей степени опосредована выраженностью и типологическими особенностями соматизированной депрессии. С большей вероятностью суицидальные проявления реализуются в структуре развернутых эпизодов рекуррентной и биполярной депрессии, имеющих выраженность типичных симптомов «витальной» депрессии. Полученные данные предполагают оптимизацию диагностики и мер профилактики суицидальных тенденций при соматизированных вариантах депрессии в клинике аффективных расстройств. ■

Собенников Василий Самуилович, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет МЗ РФ; Проконьева Мария Леонидовна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО ИГМУ МЗ РФ; Собенникова Вероника Васильевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет МЗ РФ; Черняк Наталья Борисовна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО ИГМУ МЗ РФ. Автор, ответственный за переписку: Собенников Василий Самуилович E-mail: vsobennikov@gmail.com, Тел.: (3952) 24-33-68, Моб.: 89501024321

Литература:

1. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина; 2010: 47-8.
2. Петрунько О.В. Соматизированные проявления при депрессивном расстройстве. Психические рас-

- стройства в общей медицине. 2016; 4: 8–14.
3. Сиденкова А.П. Особенности проявления тревоги у пациентов старших воз-растных групп с разными типами умеренного когнитивного расстройства. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017;117(11): 45-50.
 4. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Воронова Е.И. К проблеме распознавания психо-соматических расстройств в общемедицинской практике. Психические расстройства в общей медицине. 2017; 3–4: 4–10.
 5. Собенников В.С., Прокопьева М.Л., Собенникова В.В. Клиника соматизирован-ной депрессии при различном типе течения аффективного заболевания в зави-симости от гендерного фактора. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2016; 6(112):108-113.
 6. Прокопьева М.Л. Соматизированная депрессия при рекуррентно-депрессивном и биполярном течении аффективного расстройства (клинико-психопатологический и терапевтический аспект). Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Томск; 2018.
 7. Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Лебедева Е.В., Яковлева А.Л., Лосенков И.С., Репин А.Н. и др. Клинико-динамические и биологические аспекты полиморфизма и эффективности терапии расстройств настроения. Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. 2018;33(3):86-92.
 8. Lopez Ibor, J.J. Masked depressions. Brit. J. Psychiatry. 1972; 120: 245—258.
 9. Aaltonen K., Isometsa E., Sund R., Pirkola S. Снижение смертности в результате суицида на фоне депрессии после госпитализации в психиатрический стационар в Финляндии с 1991 по 2014 год. Всемирная психиатрия. 2018; 1:110-111.
 10. Тиганов А.С., Видманова Л.Н., Суховский А.А. Маскированные депрессии. Клиническая медицина. 1986; 9: 6-11.
 11. Angst, J., Ajdacic-Gross, V. & Rössler, W. Bipolar disorders in ICD-11: current status and strengths. Int J Bipolar Disord. 2020; 8: 3.
 12. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Алфимов П.В., Костюкова А.Б. и др. Валидизация российской версии опросника HCL-32 для выявления пациентов с биполярным аффективным расстройством II типа среди больных, наблюдающихся с диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства. Социальная и клиническая психиатрия. 2015; 25(1): 21-30.
 13. Eduard Vieta, Carla Torrent. Функциональная реабилитация при БАР: от ремиссии к выздоровлению. Психиатрия Всемирная психиатрия. 2016; 3: 283-284.