

Использование психометрических методик для диагностики тревожно-депрессивных расстройств у пациентов общесоматического профиля

Ирина Владимировна Дубатова¹, Валерия Георгиевна Воякина²,
Сергей Владимирович Лепявка¹, Андрей Владимирович Сафроненко¹,
Игорь Анатольевич Демидов^{1*}

¹Ростовский государственный медицинский университет,
г. Ростов-на-Дону, Россия;

²Аксайский филиал Психоневрологического диспансера Ростовской области,
г. Аксай, Россия

Реферат

Цель. Выявить и сопоставить с соматической патологией уровень тревоги и депрессии у пациентов терапевтического профиля, установить структуру гендерного распределения тревожно-депрессивных расстройств. **Методы.** В исследовании приняли участие 126 человек: 74 (58,73%) женщины и 52 (41,27%) мужчины в возрасте 21–59 лет. 59 пациентов имели заболевания дыхательной системы (хронические бронхиты в стадии обострения с астматическим компонентом), 67 пациентов — сердечно-сосудистые заболевания (ишемическую болезнь сердца — 40 человек, артериальную гипертензию — 27 человек). У 11 пациентов с ишемической болезнью сердца и 13 больных с артериальной гипертензией был диагностирован тиреотоксикоз I-го типа. В работе использованы клинико-психопатологический, психометрический, психологический и статистический методы. Применяли психометрические тесты: шкалу депрессий центра эпидемиологических исследований, госпитальную шкалу тревоги и депрессии, шкалу проявлений тревожности Тейлора в адаптации Т.А. Немчинова и В.Г. Норакидзе, адаптированный стандартизированный многофакторный опросник для исследования личности.

Результаты. По выраженности тревожно-депрессивных расстройств пациентов разделили на группы: первую — с высоким уровнем, вторую — со средним (субклиническим) уровнем, третью — с низким (не превышающим норму) уровнем тревожно-депрессивных расстройств. Высокий и средний уровень таких расстройств наиболее характерен для патологии сердечно-сосудистой системы. При ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии повышенный (высокий и средний) уровень тревожно-депрессивных расстройств отмечен у 24/29 (82,76%) и 20/22 (90,9%) пациентов соответственно. У больных с повышенным уровнем тревожно-депрессивных расстройств количество женщин преобладало над мужчинами в подгруппе с артериальной гипертензией (80% против 20%, $p=0,025$), а также при сочетании артериальной гипертензии с тиреотоксикозом I-го типа (85,7% против 14,3%, $p=0,029$).

Вывод. У пациентов высокий и средний уровень тревожно-депрессивных расстройств сопряжен с развитием патологии сердечно-сосудистой системы: ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии.

Ключевые слова: тревожно-депрессивные расстройства, соматическая патология, коморбидность, гендерные различия.

Для цитирования: Дубатова И.В., Воякина В.Г., Лепявка С.В. и др. Использование психометрических методик для диагностики тревожно-депрессивных расстройств у пациентов общесоматического профиля. *Казанский мед. ж.* 2019; 100 (4): 565–570. DOI: 10.17816/KMJ2019-565.

The use of psychometric methods for the diagnosis of anxiety and depressive disorders in patients with a general somatic profile

I.V. Dubatova¹, V.G. Voyakina², S.V. Lepyavka¹, A.V. Safronenko¹, I.A. Demidov¹

¹Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia;

²Aksay Branch of Psychoneurological Dispensary of Rostov Oblast, Aksay, Russia

Abstract

Aim. To identify and compare the level of anxiety and depression in therapeutic patients with somatic pathology, establish the structure of the gender distribution of anxiety and depressive disorders.

Methods. The study involved 126 people: 74 (58.73%) women and 52 (41.27%) men aged 21–59 years. 59 patients had diseases of the respiratory system (chronic bronchitis in the acute stage with an asthmatic component), 67 patients with cardiovascular diseases (40 subjects with coronary heart disease, 27 subjects with arterial hypertension). In 11 patients with coronary artery disease and 13 patients with hypertension, type I thyrotoxicosis was diagnosed. Clinical psychopathological, psychometric, psychological and statistical methods were used in the study. Psychometric tests were used: the Depression Scale of the Center for Epidemiological Research; Hospital Anxiety and Depression Scale and Taylor Anxiety Disorder Scale adapted by T.A. Nemchinova and V.G. Norakidze, adapted standardized multivariate questionnaire for personality research.

Results. According to the severity of anxiety and depressive disorders, patients were divided into the groups: group 1 with severe level, group 2 with a moderate (subclinical) level, and group 3 with mild (not exceeding the norm) anxiety and depressive disorders. Severe and moderate disorders are most characteristic for the pathology of cardiovascular system. In coronary artery disease and arterial hypertension, abnormal (severe and moderate) anxiety and depressive disorders were observed in 24/29 (82.76%) and 20/22 (90.9%) patients, respectively. In patients with abnormal anxiety and depressive disorders, the number of women prevailed over men in the subgroup with hypertension (80% versus 20%, $p=0.025$) as well as in combination of hypertension with type 1 thyrotoxicosis (85.7% versus 14.3%, $p=0.029$).

Conclusion. In patients, severe and moderate anxiety and depressive disorders are associated with the development of the pathology of cardiovascular system: coronary heart disease and arterial hypertension.

Keywords: anxiety and depressive disorders, somatic pathology, comorbidity, gender differences.

For citation: Dubatova I.V., Voyakina V.G., Lepyavka S.V. et al. The use of psychometric methods for the diagnosis of anxiety and depressive disorders in patients with a general somatic profile *Kazan medical journal*. 2019; 100 (4): 565–570. DOI: 10.17816/KMJ2019-565.

Распространённость аффективных расстройств, возникающих в течение жизни человека, чрезвычайно высока. По данным Всемирной организации здравоохранения, к 2020 г. доля тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) будет достигать почти 50%, что значительно приблизит их к сердечно-сосудистым заболеваниям, причём ишемическая болезнь сердца (ИБС) останется ведущей патологией, ухудшающей качество жизни человека, а тревога и депрессия окажутся на втором месте [1].

Среди аффективных расстройств наибольшее влияние на соматическое здоровье, а также социальное функционирование и качество жизни пациентов оказывают депрессия и тревога. Коморбидность тревоги и депрессии достигает 90%, что позволяет говорить о ТДР в рамках одной дефиниции [2].

Большое внимание уделяют проблеме взаимосвязи ТДР с соматической патологией. По данным разных авторов, распространённость тревоги и депрессии в общесоматических стационарах колеблется в пределах 11–35% [3].

Взаимодействие ТДР и соматической патологии комплексное и может проявляться в виде различных форм. ТДР можно рассматривать

как фактор повышенного риска ряда соматических заболеваний. В настоящее время считают доказанным существование общих для депрессии и соматических заболеваний кластеров генетического риска, при этом манифестация одного из них может оказать влияние на реализацию другого.

Такой механизм получил название генетической коморбидности [4]. Особенно часто проявляется коморбидность ТДР и сердечно-сосудистой патологии. Риск заболеть ИБС и артериальной гипертензией (АГ) у пациентов с ТДР в 2–3 раза выше, чем у людей без аффективной патологии [5].

Другой аспект взаимодействия психического и соматического — увеличение тяжести течения и прогноза соматической патологии на фоне ТДР [6]. Риск летальности после перенесённого инфаркта миокарда или приступа нестабильной стенокардии у пациентов с депрессией увеличивается в 6,7 раза [7].

Для эффективного лечения как соматических заболеваний, так и психических расстройств первостепенное значение имеет установление правильного диагноза. Необходимо отметить, что пациенты с психосоматиче-

скими жалобами и коморбидной психической, чаще всего аффективной патологией, прежде всего обращаются к врачам общего профиля, поэтому выявление ТДР в большей степени ложится на врачей-кардиологов, гастроэнтерологов, эндокринологов и терапевтов.

Основные диагностические ошибки возникают, когда врачи общего профиля находят психологическое объяснение аффективной патологии: симптомы тревоги объясняют как психологически понятное беспокойство за своё заболевание, а депрессивное состояние начинают связывать с неустроенностью личной жизни, одиночеством, низкой зарплатой и т.п. Распространённая в последние годы практика несистемного назначения терапевтами пациентам соматических стационаров «современных», ставших модными антидепрессантами породила проблему резистентности аффективных расстройств (в частности, депрессий), с которой в последующем приходится бороться психиатрам. Нужно признать, что у врачей общесоматического профиля нет достаточных навыков для клинической диагностики психических расстройств, в том числе ТДР, тем более их атипичных форм, а к каждому пациенту вызвать врача-психиатра практически невозможно.

Учитывая высокую значимость и широкую распространённость в общемедицинской практике ТДР, помощь в решении проблемы их диагностики у пациентов соматических стационаров могло бы стать внедрение в работу врача-терапевта эффективных скрининговых программ применения психометрических и психологических методов для выявления подобных состояний.

Цель исследования: выявить и сопоставить с соматической патологией уровень тревоги и депрессии у пациентов терапевтического профиля, установить структуру гендерного распределения ТДР.

В исследовании приняли участие 126 человек: 74 (58,73%) женщины и 52 (41,27%) мужчины в возрасте 21–59 лет. Средний возраст составил $41,3 \pm 2,6$ года. 59 пациентов имели заболевания дыхательной системы (ЗДС): хронические бронхиты в стадии обострения с астматическим компонентом. 67 пациентов страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями: ИБС — 40 человек, АГ — 27 человек. У 11 пациентов с ИБС и 13 больных с АГ был диагностирован тиреотоксикоз 1-го типа.

В качестве основных в работе использованы клиничко-психопатологический, психометрический, психологический и статистический методы. Применяли психометрические тесты:

шкалу депрессий центра эпидемиологических исследований (CES-D — от англ. Center for Epidemiologic Studies Depression scale), госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS — от англ. Hospital Anxiety and Depression Scale) и шкалу проявлений тревожности Тейлора в адаптации Т.А. Немчинова и В.Г. Норакидзе.

Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол №18/17 от 26.10.2017).

Шкала депрессий CES-D позволяла выявить пациентов с отсутствием и наличием депрессии лёгкой, средней и тяжёлой степени. По шкале HADS выделяли пациентов с отсутствием и наличием ТДР с клинической (высокой) и субклинической (средней) степенью выраженности. По шкале Тейлора выделяли тревожность очень высокой и высокой, средней и низкой степени. Кроме того, опросник Тейлора включал шкалу лжи, позволяющую выделить пациентов с не-объективными ответами.

У 27/126 (21%) пациентов были обнаружены высокие баллы по шкале лжи опросника Тейлора. Эти пациенты были исключены из клинической группы больных, но у них отдельно оценивали степень выраженности ТДР по шкалам CES-D и HADS, а также проводили оценку профиля личности по адаптированному стандартизированному многофакторному опроснику для исследования личности (СМИЛ).

Среди 99 пациентов после исключения больных с низкими показателями по шкале лжи опросника Тейлора по выраженности ТДР выделили три группы: первую — с высоким уровнем, вторую — со средним уровнем, третью — с низким уровнем ТДР.

Критерии формирования первой группы: пациенты с тяжёлой депрессией по шкале CES-D и/или клиническим высоким уровнем ТДР по шкале HADS, и/или очень высокой и высокой тревожностью по шкале Тейлора.

Во вторую группу объединили пациентов со средней степенью тяжести депрессии по шкале CES-D и/или субклиническим уровнем ТДР по шкале HADS, и/или средним уровнем тревожности по шкале Тейлора.

В третью группу включили пациентов с отсутствием депрессии или низкой по выраженности депрессией по шкале CES-D и/или отсутствием ТДР по шкале HADS, и/или низкой тревожностью по опроснику Тейлора.

Полученные результаты обрабатывали с помощью программы Statistica 12.0 (StatSoft, США). Различия долей оценивали с помощью

Таблица 1. Оценка сопряжения различной соматической патологии с уровнем тревожно-депрессивных расстройств у пациентов клинических групп

Соматические заболевания	Первая группа, n=28		Вторая группа, n=23		Третья группа, n=48		χ^2 , p
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Заболевания дыхательной системы	3	10,7	4	17,4	41	85,4	$\chi^2=51,1$, p < 0,0001
Ишемическая болезнь сердца	15	53,6	9	39,1	5	10,4	$\chi^2=17,3$, p=0,0002
Артериальная гипертензия	10	35,7	10	43,5	2	4,2	$\chi^2=18,0$, p=0,0001
Артериальная гипертензия + тиреотоксикоз	7	25,0	1	4,3	0	0,0	$\chi^2=2,7$, p=0,22
Патология сердечно-сосудистой системы	25	89,3	19	82,6	7	14,6	$\chi^2=51,1$, p < 0,0001
Всего	28	100,0	23	100,0	48	100,0	—

критерия согласия χ^2 Пирсона и Фишера. Оценку сопряжения между признаками проводили путём построения таблиц сопряжения и использования критерия χ^2 Пирсона с поправкой Мантеля–Хэнзеля на правдоподобие [8].

Первая группа с высоким (клиническим) уровнем ТДР объединила 28/99 пациентов, что составило 28,28% общего числа больных. Во вторую группу со средним (субклиническим) уровнем выраженности ТДР включили 23 (23,23%) пациента. Третья группа объединила 48 (48,48%) больных с низким уровнем ТДР или их отсутствием. Следовательно, около половины больных с соматической патологией (51,5%) имели высокий и средний уровень ТДР.

У 27 пациентов с высокими баллами по шкале лжи была выявлена высокая личностная тревожность, при которой происходило изменение когнитивной оценки самого себя, особенностей личности, возникали неискренние ответы. Исследование личностного профиля пациентов с высокими баллами по шкале лжи по опроснику СМИЛ указало на наличие у них выраженной эмоциональной лабильности, демонстративности, истерии. Учитывая наличие акцентуированных черт характера, препятствующих объективизации психометрических данных, пациентов с высокими баллами по шкале лжи опросника Тейлора целесообразно направлять на клиническую консультацию психиатра для объективизации их статуса по наличию ТДР по клиническим признакам.

В дальнейшем был проведён анализ структуры соматической патологии в трёх группах с учётом уровня ТДР (табл. 1).

В первой группе из 28 пациентов соматическая патология распределилась следующим образом: ЗДС — 3 (10,7%), ИБС — 15 (53,6%), АГ — 10 (35,7%) человек. В 25% наблюдений

у пациентов первой группы зарегистрировано сочетание АГ с тиреотоксикозом 1-го типа. Во второй группе из 23 пациентов ЗДС обнаружили у 4 (17,4%), ИБС — у 9 (39,1%), АГ — у 10 (43,5%) человек. В третьей группе (n=48) ЗДС обнаружены у 41 (85,4%), ИБС — у 5 (10,4%), АГ — у 2 (4,2%) пациентов. Таким образом, высокий и средний уровень ТДР наиболее характерен для патологии сердечно-сосудистой системы по сравнению с бронхолёгочными заболеваниями.

Сопряжение частоты ЗДС и выраженности ТДР было статистически значимым (p < 0,0001). У пациентов с ЗДС в преобладающем числе наблюдений выявлен низкий уровень ТДР. Наличие у пациентов ИБС было ассоциировано с высоким и средним уровнем ТДР (p=0,0002). Сопряжение частоты АГ и выраженности ТДР также было статистически значимым (p=0,0001). У больных с АГ чаще встречались ТДР средней и высокой степени выраженности.

Соотношение соматической патологии с уровнем ТДР и гендерным фактором представлено в табл. 2.

При проведении гендерного анализа у пациентов первой группы с высоким уровнем ТДР можно проследить статистически значимое превышение количества женщин (n=20) над мужчинами (n=8; p=0,003). Во второй группе со средним уровнем ТДР также отмечено значимое преобладание женщин (n=16) над мужчинами (n=7; p=0,018). В третьей группе с низким уровнем ТДР различия по полу между женщинами (n=28) и мужчинами (n=20) отмечено не было (n=0,15; см. табл. 2).

У пациентов с высоким уровнем ТДР зафиксировано превышение числа женщин над мужчинами в подгруппе с АГ (p=0,025), а также при сочетании АГ с дисфункцией щитовидной

Таблица 2. Соотношение соматической патологии в клинических группах с гендерным фактором

Соматические заболевания	Женщины		Мужчины		Всего Абс. (%)	p
	Абс.	%	Абс.	%		
Первая группа (высокий уровень ТДР)						
ЗДС (n=3)	2	66,7	1	33,3	3 (100%)	0,99
ИБС (n=15)	10	66,7	5	33,3	15 (100%)	0,14
АГ (n=10)	8	80,0	2	20,0	10 (100%)	0,025*
АГ + тиреотоксикоз (n=7)	6	85,7	1	14,3	7 (100%)	0,029*
Всего по группе	20	71,4	8	28,6	28 (100%)	0,003*
Вторая группа (средний уровень ТДР)						
ЗДС (n=4)	3	75,0	1	25,0	4 (100%)	0,89
ИБС (n=9)	5	55,6	4	44,4	9 (100%)	0,65
АГ (n=10)	8	80,0	2	20,0	10 (100%)	0,025*
АГ + тиреотоксикоз (n=1)	1	100,0	—	—	1 (100%)	—
Всего по группе	16	69,6	7	30,4	23 (100%)	0,018*
Третья группа (низкий уровень ТДР)						
ЗДС (n=41)	26	63,4	15	36,6	41 (100%)	0,027*
ИБС (n=5)	2	40,0	3	60,0	5 (100%)	0,53
АГ (n=2)	0	—	2	100,0	2 (100%)	—
Всего по группе	28	58,3	20	41,7	48 (100%)	0,15
Всего по полу	64	64,6	35	35,4	99 (100%)	0,001*

Примечание: ТДР — тревожно-депрессивные расстройства; ЗДС — заболевания дыхательной системы; ИБС — ишемическая болезнь сердца; АГ — артериальная гипертензия; *статистически значимые различия по полу.

железы ($p=0,029$). У больных со средним уровнем ТДР среди пациентов с АГ также чаще встречались женщины ($p=0,025$). У пациентов с низким уровнем ТДР различия по полу сформировались в отношении ЗДС ($p=0,027$). В данной подгруппе женщины по количеству преобладали над мужчинами (63,4% против 41,1%).

У 51 (51,5%) из 99 больных с соматической патологией отмечен высокий и средний уровень ТДР. Причём высокий и средний уровень ТДР чаще присутствовал при АГ (20/22, 90,9%) с превышением числа женщин над мужчинами как в подгруппе с АГ [73% ($n=16$) против 27% ($n=6$), $p=0,007$], так и в целом в первой и второй группах [70,6% ($n=36$) против 29,4% ($n=15$), $p=0,0001$].

Следовательно, пациентов с высоким и средним уровнем ТДР нужно обследовать на предмет наличия или отсутствия АГ и ИБС.

Квалифицированный врач-терапевт с помощью психометрических методов может оценить психическое состояние пациента и определить стратегию межкабинетного консультирования больного у психиатра, психолога и пси-

хотерапевта. Это позволит своевременно проводить весь комплекс лечебно-диагностических и профилактических мероприятий в случае соматической патологии и высокой выраженности ТДР.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов высокий и средний уровень тревожно-депрессивных расстройств сопряжён с развитием патологии сердечно-сосудистой системы: ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии.

2. В нашем исследовании выявлено превышение количества женщин над мужчинами среди пациентов с высоким и средним уровнем тревожно-депрессивных расстройств, в подгруппе с артериальной гипертензией и при сочетании артериальной гипертензии с тиреотоксикозом, что позволяет рассматривать женский пол как фактор риска развития психосоматической патологии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Информационный бюллетень №369. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression> (дата обращения: 14.12.2018). [WHO. *Fact sheet N369*. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression> (access date: 14.12.2018) (In Russ.)]
2. Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э., Рукавишников Г.В., Кибитов А.О. Депрессия как предиктор соматических заболеваний: патофизиологические предпосылки и генетический риск. *Успехи физиол. наук*. 2017; 48 (4): 29–39. [Neznanov N.G., Mazo G.E., Rukavishnikov G.V., Kibitov A.O. Depression as a predictor of somatic diseases: pathophysiological background and genetic risk. *Uspekhi fiziologicheskikh nauk*. 2017; 48 (4): 29–39. (In Russ.)]
3. Андрющенко А.В. Распространённость и структура психических расстройств в общей медицине. *Психические расстройства в общей медицине*. 2011; (1): 14–27. [Andryushchenko A.V. The prevalence and structure of mental disorders in general medicine. *Psihicheskie rasstroystva v obshchey meditsine*. 2011; (1): 14–27. (In Russ.)]
4. Старостина Е.Г., Володина М.Н., Старостин И.В., Бобров А.Е. Депрессия и сахарный диабет как коморбидные заболевания. *РМЖ*. 2017; 25 (22): 1613–1620. [Starostina E.G., Volodina M.N., Starostin I.V., Bobrov A.E. Depression and diabetes as comorbid diseases. *RMZh*. 2017; 25 (22): 1613–1620. (In Russ.)]
5. Смудевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Воронова Е.И. К проблеме распознавания психосоматических расстройств в общемедицинской практике. *Психические расстройства в общей медицине*. 2017; (3–4): 4–10. [Smulevich A.B., Dubnitskaya E.B., Voronova E.I. To the problem of recognition of psychosomatic disorders in general medical practice. *Psihicheskie rasstroystva v obshchey meditsine*. 2017; (3–4): 4–10. (In Russ.)]
6. Смудевич А.Б. *Депрессии при психических и соматических заболеваниях*. 4-е изд., перераб. и доп. М.: МИА. 2005; 64 с. [Smulevich A.B. *Depressii pri psikhicheskikh i somaticheskikh zabolevaniyakh*. (Depression in mental and somatic diseases.) 4th ed. Moscow: MIA. 2005; 64 p. (In Russ.)]
7. Ромасенко Л.В. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2009; (3–4): 8. [Romashenko L.V. Depression and cardiovascular diseases. *Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika*. 2009; (3–4): 8. (In Russ.)] DOI: 10.14412/2074-2711-2009-48.
8. Омельченко В.П., Демидова А.А. *Медицинская информатика*. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие. Глава 10. Статистическая обработка результатов медико-биологического исследования. М: ГЭОТАР-Медиа. 2017; 324–356. [Omel'chenko V.P., Demidova A.A. *Medicinskaya informatika*. Rukovodstvo k prakticheskim zanjatijam: uchebnoe posobie. Glava 10. Statisticheskaja obrabotka rezul'tatov mediko-biologicheskogo issledovaniya. (Medical informatics. A guide to practical exercises: a tutorial. Chapter 10. Statistical processing of the results of medical and biological research.) Moscow: GEOTAR-Media. 2017; 324–356. (In Russ.)]