

Психотерапевтическая терапия депрессии у пациентов ревматологического профиля

Н.В. ЯЛЬЦЕВА¹, Н.И. КОРШУНОВ¹, М.И. САВЕЛЬЕВА², Д.А. ПОЛИТОВА¹, Н.В. ХАЕРОВА¹,
Е.А. ЛЕОНТЬЕВА¹

¹ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия; ²ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Москва, Россия

Резюме

Цель исследования. Изучение отношения к болезни у пациентов ревматологического профиля на фоне терапии антидепрессантами и в ходе дальнейшего наблюдения.

Материалы и методы. Обследовали 122 пациента с дегенеративными заболеваниями суставов и позвоночника (ДЗСП) и 30 больных ревматоидным артритом (РА) и сопутствующими аффективными расстройствами на фоне терапии антидепрессантами в течение 3 мес.

Результаты. Обнаружили статистически значимые различия между всеми компонентами типа отношения к болезни (ТОБОЛ) у пациентов с ДЗСП и РА до назначения антидепрессантов. Среднее значение адаптивных типов ТОБОЛ достоверно меньше, а средний показатель дезадаптивных типов достоверно более высокий у пациентов с РА. После 3 мес лечения профили ТОБОЛ сближаются. Только 3 компонента в структуре ТОБОЛ (анозогнозия, ипохондрия и дисфория) оставались достоверно различающимися после 6 мес терапии.

Заключение. В ходе терапии антидепрессантами и дальнейшего наблюдения у лиц, страдающих как ДЗСП, так и воспалительными заболеваниями опорно-двигательного аппарата с сопутствующими аффективными расстройствами, по данным методики ТОБОЛ, отмечена однонаправленная динамика отношения к болезни с достоверным увеличением адаптивных и уменьшением дезадаптивных составляющих.

Ключевые слова: тип отношения к болезни, ревматоидный артрит, дегенеративные заболевания суставов, терапия антидепрессантами.

Psychopharmacotherapy for depression in rheumatic patients

N.V. YALTZEVA¹, N.I. KORSHUNOV¹, M.I. SAVELYEVA², D.A. POLITOVA¹, N.V. KHAEROVA¹, E.A. LEONTYEVA¹

¹Yaroslavl State Medical University, Ministry of Health of Russia, Yaroslavl, Russia; ²Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

Aim. To study attitude towards the disease in rheumatic patients during antidepressant therapy and during further follow-up.

Subjects and methods. Examinations were made in 122 patients with degenerative joint and vertebral column disease (DJVCD) and in 30 patients with rheumatoid arthritis (RA) and concomitant affective disorders during antidepressant therapy for 3 months.

Results. Statistically significant differences were found between all components of the type of attitude towards disease (TATD) in patients with DJVCD or RA before the use of antidepressants. In the patients with RA, the mean value of adaptive types of TATD was significantly lower and that of disadaptive types significantly higher. After 3 months of treatment, the TATD profiles came closer. Only three components (anosognosia, hypochondriasis, and dysphoria) in the pattern of TATD remained significantly different after 6-month therapy.

Conclusion. According to the TATD data, both the patients with DJVCD and those with inflammatory diseases of the locomotor apparatus showed unidirectional changes in attitude towards disease with a significant increase in the adaptive components and a reduction in the disadaptive ones.

Keywords: type of attitude towards disease; rheumatoid arthritis, degenerative joint diseases; antidepressant therapy.

АТ — агрессивные тенденции
ДЗСП — дегенеративные заболевания суставов и позвоночника

ДТ — депрессивные тенденции
РА — ревматоидный артрит
ТОБОЛ — тип отношения к болезни

Современное представление о ревматических заболеваниях как о состояниях с выраженным психосоматическим компонентом подразумевает тесную связь между клиническими проявлениями заболевания и внутренней картиной болезни пациента вплоть до формирования «порочных кругов», когда болезнь оказывает патологическое влияние на особенности личности, а сформированные личностные характеристики в свою очередь усугубляют

течение заболевания [1]. Более того, психологический компонент может поддерживать наиболее значимый для пациента симптом — хроническую боль, проявляясь депрессией и симптомами реактивной и личностной тревожности [2]. До сих пор нерешенным остается вопрос о возможности обратного эффекта — регресса клинических признаков при улучшении психологической составляющей заболевания, однако исследователи сходятся во мне-

нии, что ревматологические пациенты нуждаются как в медикаментозном лечении, так и в психологической коррекции [3, 4].

Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ), на которой базируется понятие о внутренней картине болезни, разработана в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева с целью диагностики типов отношения к болезни и других, связанных с ней отношений, у больных с хроническими соматическими заболеваниями [5–10]. Опросник направлен на диагностику сложившегося под влиянием болезни паттерна отношений к самой болезни, ее лечению, врачам и медицинскому персоналу, родственникам и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также к своим витальным функциям. При анализе данных методики ТОБОЛ использована классификация типов отношения к болезни А.Е. Личко и Н.Я. Иванова [7, 11, 12]. Согласно ей выделяются 12 компонентов типа отношения к болезни, которые могут быть представлены у пациента в «чистом» виде или в комбинации: гармоничный (Г), анозогнозический (З), эргопатический (Р), тревожный (Т), ипохондрический (И), неврастенический (Н), меланхолический (М), апатический (А), сенситивный (С), эгоцентрический (Э), паранойяльный (П), дисфорический (Д) компоненты, а также смешанный и диффузный типы отношения к болезни. Все типы подразделяются на адаптивные — I блок, включающий гармоничный, анозогнозический, эргопатический типы, с интрапсихическим реагированием (направленным на себя), II блок, включающий тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы ТОБОЛ, и интерпсихическим реагированием (направленным на окружающих), III блок, включающий сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический типы. Отдельно выделяют депрессивные тенденции (ДТ) — сумма меланхолического и апатического реагирования и агрессивные тенденции (АТ) — сумма паранойяльного и дисфорического реагирования. На базе полученных результатов возможно проведение психокоррекции как нефармакологическими методами, так и с использованием антидепрессантов; при этом гибкость методики позволяет использовать ее для достоверной динамической оценки состояния пациента.

Материалы и методы

Тип отношения к болезни, его структура и динамика проанализированы нами у 122 пациентов с дегенеративными заболеваниями суставов и позвоночника (ДЗСП) и 30 больных ревматоидным артритом (РА) и сочетанными с ними аффективными расстройствами на фоне терапии антидепрессантами в течение 3 мес (использовали индуктор обратного захвата серотонина тианеп-

тин 37,5 мг/сут либо селективный ингибитор обратного захвата серотонина сертралин 50 мг/сут), а также после окончания лечения (4, 5 и 6 мес от начала терапии). Критериями включения в исследуемую группу были возраст от 18 до 55 лет, интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале не менее 60 баллов, высокая оценка по шкале депрессии Гамильтона не менее 15 баллов, но не более 25 баллов (что означает отсутствие выраженной депрессии: диагностировались легкий или умеренный депрессивный эпизод). Соматотропная терапия в обеих группах включала применение нестероидных противовоспалительных препаратов, лечебной физкультуры, физиотерапевтических процедур (табл. 1); у пациентов РА гормонозависимость установлена у 14 (46,7%) пациентов, средняя длительность глюкокортикоидной терапии составила $5,0 \pm 1,04$ года, средняя поддерживающая доза — $11,7 \pm 1,04$ мг/сут; метотрексат получали 17 (56,7%) пациентов, средняя доза составила $13,9 \pm 1,07$ мг/сут (табл. 2). Данная терапия не менялась на протяжении 6 мес исследования.

В обеих группах достигнут терапевтический эффект как со стороны опорно-двигательного аппарата (интенсивность болевого синдрома, функция суставов), так и аффективного статуса. При этом, как ранее нами показано в сравнительных исследованиях с использованием контрольной группы без применения антидепрессантов, эффект был больше в случае их применения.

Цель данного исследования состояла в изучении отношения к болезни у пациентов ревматологического профиля на фоне терапии антидепрессантами и в ходе дальнейшего наблюдения. При этом можно выделить две отдельные задачи: 1) оценить динамику внутренней картины болезни у этих пациентов; 2) сравнить ее в двух принципиально различных группах пациентов — с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата (остеоартроз, остеохондроз) и патологией иммунопатологической воспалительной природы (ревматоидный артрит).

Результаты и обсуждение

При сравнении двух групп пациентов до начала терапии антидепрессантами различия установлены для всех составляющих I блока методики ТОБОЛ (табл. 3). При этом и гармоничная, и эргопатическая, и анозогнозическая составляющие ниже у лиц 2-й группы ($p < 0,05$), что логично сопровождалось достоверным снижением величины I блока ($p < 0,001$). При анализе II блока, отражающего интрапсихическую направленность реагирования, у больных РА по сравнению с больными, страдающими ДЗСП, отмечено достоверное ($p < 0,01$) преобладание большинства его составляющих: тревожной, ипохондрической, неврастенической, меланхолической, апатической и средней величины этого блока в целом ($p < 0,001$). Эгоцентрическая и дисфорическая составляющие III блока методики ТОБОЛ также существенно выше у пациентов РА, хотя в целом достоверных различий по величине III блока в представленных двух группах пациентов не отмечено.

Следовательно, группа пациентов с ДЗСП и сочетанными аффективными расстройствами уже исходно характеризуется более адаптивным отношением к болезни, в то время как пациенты с РА и сочетанными аффективными расстройствами характеризуются более значительными изменениями преимущественно интрапсихического реагирования. У пациентов РА и сочетанными аффективными расстройствами отмечено более выраженное преобладание ДТ, определяющихся как суммар-

Сведения об авторах:

Корицнов Николай Иванович — д.м.н., проф., зав. каф. терапии ЯГМУ, ИПДО

Савельева Марина Ивановна — д.м.н., проф., каф. клинической фармакологии и терапии РМАПО

Политова Дарья Андреевна — асп. каф. терапии ЯГМУ, ИПДО

Хаерова Наталья Владимировна — асп. каф. терапии ЯГМУ, ИПДО

Леонтьева Елена Андреевна — асп. каф. терапии ЯГМУ, ИПДО

Контактная информация:

Яльцева Наталья Викторовна — д.м.н., доц. каф. терапии ЯГМУ, ИПДО; e-mail: yaltzewa@yandex.ru

Таблица 1. Лечение 122 пациентов с ДЗСП

Клинический параметр	Основная группа
Интенсивность использования НПВП:	
не принимал (возможно, в отдельные дни, но не более 1 мес)	0
в сумме меньше, чем 6 мес	89 (73)
в сумме больше чем 6 мес, но меньше 11 мес	26 (21,3)
непрерывно, каждый день; возможны отдельные пропуски, но в сумме больше 11 мес	7 (5,7)
НПВП — суммарный индекс	9,4±0,62
Локальная терапия (данные анамнеза):	
не применялась	110 (90,2)
однократно	4 (3,3)
неоднократно	8 (6,5)
Хондропротекторы не менее 6 мес:	
не применялись	116 (95,1)
применялись	6 (4,9)
Локальная терапия:	
не применялась	113 (92,6)
применялась	9 (7,4)

Таблица 2. Клиническая характеристика и терапия у 30 больных РА

Клинический параметр	Значение
Полиартрит	30 (100)
Олигоартрит	0
Серопозитивный	15 (50)
Серонегативный	15 (50)
Активность:	
I (DAS-28 <3,2)	
II (5,1 ≤ DAS-28 < 3,2)	8 (26,7)
III (DAS-28 >5,1)	22 (73,3)
Стадия:	
II	7 (23,3)
III	16 (53,3)
IV	7 (23,3)
ФК:	
I (FDI 0—0,49)	
II (FDI 0,50—1,49)	22 (73,3)
III (FDI 1,50—2,49)	8 (26,7)
IV (FDI 2,50—3)	0
Системные проявления	20 (66,7)
Гормоназависимость	14 (46,7)
Интенсивность использования НПВП:	
не принимал (возможно, в отдельные дни, но не более 1 мес)	0
в сумме меньше 6 мес	0
в сумме больше 6 мес, но меньше 11 мес	0
непрерывно, каждый день; возможны отдельные пропуски, но в сумме больше 11 мес	30 (100)

ная доля меланхолического и апатического реагирования ($p < 0,01$); различия же в величине АТ (доля паранойального и дисфорического реагирования) установлены

на уровне тенденций, при этом указанные тенденции выше у пациентов РА.

Через 1 мес терапии антидепрессантами на фоне продолжающейся терапии соматической болезни отмеченные различия сохранялись, спустя 2 мес стали отчетливыми различия по величине сравнительно уменьшенной чувствительной составляющей у пациентов с РА ($p < 0,01$).

Через 3 мес терапии у пациентов с ДЗСП по сравнению с больными РА сохранялась меньшая величина I блока ($p < 0,05$) преимущественно за счет анозогнозической составляющей ($p < 0,05$). Интрапсихическое реагирование, II блок методики ТОБОЛ, у пациентов РА остается более выраженным ($p < 0,05$), однако достоверные различия отмечены не для всех его составляющих: для тревожной ($p < 0,01$), ипохондрической ($p < 0,01$) и меланхолической ($p < 0,05$). В III блоке, характеризующем интерпсихическое реагирование, при РА остается достоверно более высокая чувствительность ($p < 0,05$).

При анализе данных 4-месячного наблюдения достоверные различия между пациентами РА и дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата отмечены лишь для двух составляющих методики ТОБОЛ: величина анозогнозического компонента отношения к болезни достоверно выше у пациентов I-й группы ($p < 0,05$), в то время как тревожного выше у пациентов с РА ($p < 0,05$).

Со временем можно отметить колебания блоков и их составляющих в группах. Так, через 5 мес наблюдения вновь можно отметить достоверную разницу между пациентами этих групп в величине I и II блока ($p < 0,05$) за счет отдельных составляющих: эргопатической ($p < 0,001$), анозогнозической ($p < 0,01$), ипохондрической ($p < 0,01$), а через 6 мес наблюдения различия величин I блока в указанных группах вновь констатируются лишь на уровне тенденции, хотя различия величин анозогнозической составляющей этого блока достоверны ($p < 0,01$). Различия величин II блока методики ТОБОЛ в группах по-прежнему остаются достоверными ($p < 0,05$); при этом существенные различия сохраняются только для ипохондрической составляющей ($p < 0,05$). Дисфорический компонент III блока методики ТОБОЛ достоверно выше у пациентов с ДЗСП. По полученным нами данным в ходе терапии антидепрессантами (3 мес) и дальнейшего наблюдения (3 мес) выявлено достоверное снижение показателя уровня депрессии шкалы Гамильтона на 75,6% в группе пациентов с дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата (с 18 до 4,4 балла); на 74,5% (с 20 до 5,1 балла в группе пациентов РА).

Заключение

Таким образом, на фоне терапии антидепрессантами и дальнейшего наблюдения у лиц, страдающих как дегенеративными, так и воспалительными заболеваниями опорно-двигательного аппарата с сочетанными аффективными расстройствами по данным методики ТОБОЛ отмечена однонаправленная динамика отношения к болезни. До начала терапии антидепрессантами доминирует II блок ТОБОЛ, а также его составляющие. В ходе терапии антидепрессантами у пациентов с ДЗСП уже к 3-му месяцу терапии начинает превалировать I блок. У пациентов РА аналогичная динамика диагностирована только к 6-му

Таблица 3. ТОБОЛ у пациентов с дегенеративными заболеваниями суставов и позвоночника с коморбидными аффективными расстройствами (n=122) в сравнении с ТОБОЛ у пациентов РА и сопутствующими аффективными расстройствами (n=30) (до начала терапии антидепрессантами, через 3 мес лечения, после окончания терапевтического курса — 6-й месяц наблюдения)

ТОБОЛ/визиты	0 (n=122)	0 (n=30)	p	3 (n=122)	3 (n=30)	p	6 (n=122)	6 (n=30)	p
Гармоничный тип (Г)	11,7±1,74	3,8±2,37	0,0343	20,2±2,05	18,0±3,98		30,3±2,11	29,8±4,97	
Эргопатический тип (Р)	13,5±1,36	6,5±1,70	0,0163	20,2±1,44	15,6±2,95		26,5±1,52	21,6±3,56	
Анозогнозический тип (З)	3,4±0,81	0,0±0,00	0,0406	6,0±1,11	0,8±0,56	0,0224	12,3±1,36	4,4±1,60	0,0066
Тревожный тип (Т)	12,0±0,77	21,3±1,27	0,0000	11,4±0,86	17,0±1,43	0,0032	7,8±0,71	9,8±1,25	
Ипохондрический тип (И)	16,2±0,87	22,5±1,74	0,0015	13,4±0,76	18,8±1,63	0,0022	9,5±0,59	12,2±0,96	0,0359
Неврастенический тип (Н)	10,9±0,61	16,0±1,12	0,0002	8,7±0,55	10,0±0,90		6,8±0,58	7,2±0,74	
Меланхолический тип (М)	10,2±0,74	20,0±1,89	0,0000	5,7±0,58	9,0±1,46	0,0197	2,9±0,41	1,3±0,54	0,0656
Апатический тип (А)	6,3±0,49	10,5±1,06	0,0002	3,3±0,35	3,4±0,62		1,6±0,24	1,2±0,38	
Сенситивный тип (С)	20,9±0,78	21,3±1,39		20,0±0,77	23,5±1,53	0,0459	17,7±0,72	18,6±1,22	
Эгоцентрический тип (Я)	10,0±0,44	13,7±1,19	0,0007	10,1±0,48	11,0±0,99		8,3±0,42	8,3±0,85	
Паранойальный тип (П)	6,9±0,96	6,9±0,70		5,0±0,37	5,4±0,86		3,9±0,34	2,8±0,29	
Дисфорический тип (Д)	5,7±0,48	10,4±1,13	0,0000	4,3±0,41	4,6±0,62		3,3±0,48	0,6±0,26	0,0064
I блок (Г, Р, З)	22,1±1,96	6,3±2,11	0,0002	35,3±2,34	24,6±3,58	0,0353	51,1±2,39	41,3±5,07	0,0735
II блок (Т, И, Н, М, А)	43,8±1,75	59,0±1,94	0,0001	33,5±1,67	42,2±2,92	0,0191	23,0±1,54	30,5±3,11	0,0323
III блок (С, Я, П, Д)	33,9±0,82	34,8±1,25		31,2±0,94	33,2±1,54		25,7±1,02	28,2±2,31	
ДТ	13,1±0,85	19,3±1,41	0,0010	7,0±0,71	8,5±1,37		3,7±0,48	2,1±0,67	
АТ	9,4±0,58	11,5±0,86	0,0945	7,3±0,51	7,3±0,73		5,3±0,52	3,3±0,44	

месяцу наблюдения. При сравнении структуры ТОБОЛ в группах больных с ДЗСП и РА еще до применения антидепрессантов отмечены достоверные различия фактически всех составляющих отношения к болезни: у пациентов с РА достоверно ниже средняя величина тех из них, которые характеризуют более адаптивные типы отношения и, наоборот, достоверно выше дезадаптивные. Через 3 мес терапии профили ТОБОЛ у пациентов обеих групп сближаются. К 6-му месяцу терапии достоверные различия сохраняются лишь для трех составляющих в структуре ТОБОЛ: аназогнозической, ипохондрической и дисфорической.

Сравнивая групповые (не индивидуальные) характеристики отношения к болезни, гипотетически мы могли ожидать несущественных различий по средним величинам составляющих структуру этого отношения по методике ТОБОЛ, поскольку различия, обусловленные преморбидными особенностями личности, могут быть нивелированы в усредненных групповых данных. Ведь и РА

и ДЗСП проявляются часто однотипной клиникой — левым синдромом со стороны опорно-двигательного аппарата и нарушением его функции. Однако, если не качественно (в целом средние профили отношения к болезни по структуре в обеих группах похожи), то количественно эти различия все же выявлены, что, с нашей точки зрения, характеризует эти реакции на организменный уровень как более системные и глубокие в случае ревматоидного иммунопатологического процесса. Наши данные в известной мере подтверждают данные Р. Pancheri и соавт. [13], что для пациентов с РА характерны уменьшенная эмоциональная реактивность, тенденция к депрессии, а больным остеоартрозом свойственны тревожность, тенденции к дисфорическим изменениям настроения, а также выраженная агрессивность. В то же время мы не можем согласиться с мнением этих авторов о более низкой тревожности больных РА по сравнению с больными остеоартрозом.

Конфликт интересов отсутствует

ЛИТЕРАТУРА

- Грехов Р.А. *Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у ревматологических пациентов*: Дисс. ... д-ра мед. наук. Волгоград; 2010. Доступно по: http://www.volgmed.ru/uploads/dsovet/autoref/2-139-1278143281_grehov_rostislav_aleksandrovich.pdf. Ссылка активна на 19.10.2015.
- Северина О.Г., Александров А.В., Ненашева Н.В., Черкашина И.В. *Психологический статус больных ревматоидным артритом как индикатор воздействия общей магнитотерапии на этапе реабилитации. Современные проблемы науки и образования*. 2013;6.
- Бурлай О.С., Грехов Р.А., Мякишев М.В. Изучение форм агрессивности у пациентов с ревматоидным артритом. *Фундаментальные исследования*. 2014;7(3):460-462.
- Александров А.В., Северина О. Г., Черкашина И.В., Емельянов Н.И., Парамонова О. В., Шилова Л.Н. Клинико-иммунологическая оценка эффективности реабилитационно-восстановительного лечения больных ревматоидным артритом. *Фундаментальные исследования*. 2013;7(1):13-16.
- Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Отношение к болезни, алкогольная анозогнозия и механизмы психоло-

- гической защиты у больных алкаголизмом. *Обзорение психиатрии и медицинской психологии им В.М. Бехтерева*. 1994; 3:13-21.
6. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. *Усовершенствованная методика для психологической диагностики отношения к болезни. Методическое пособие*. СПб; 2004.
 7. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. *Методы психологической диагностики и коррекции в клинике*. Л.: Медицина; 1983.
 8. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. О психологической диагностике типов отношения к болезни. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: Сборник научных трудов института им. В.М. Бехтерева. Л.; 1990.
 9. Вассерман Л.И. Отношение к болезни больных эпилепсией: клинико-психологические корреляции. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: сборник научных трудов. Л.; 1990.
 10. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Кулешова Э.В. *Психологическая диагностика типов отношения к болезни при психосоматических и пограничных нервно-психических расстройствах. Методические рекомендации*. СПб.; 1991.
 11. Вассерман Л.И., Карпова Э.Б., Кулешова Э.В. *Клинико-психологическое обоснование психокоррекционных мероприятий у больных хроническими формами ишемической болезни сердца. Методические рекомендации*. СПб.; 1991.
 12. Личко А.Е. *Психопатии и акцентуации характера у подростков*. Л.: Медицина; 1983.
 13. Pancheri P, Teodori S, Aparo UL. Psychological Aspects of Rheumatoid Arthritis vis-a-vis osteoarthritis. *Scand J Rheum*. 1978;7(1):42-48.

Поступила 02.06.2015