

## ОБЪЕКТИВНАЯ ДИАГНОСТИКА АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Баурова Н.Н., Ушакова Т.М., Свечников Д.В., Курасов Е.С.  
ФГКВ ОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»

УДК: 616.895-072.8

### Резюме

Проанализированы подходы к объективизации аффективных нарушений при пограничных психических расстройствах. Обследовано 78 пациентов с тревожно-депрессивной симптоматикой (расстройством адаптации, психогенно обусловленными предболезненными расстройствами, умеренным депрессивным эпизодом). Применялись клинометрические шкалы (HRDS, HARS, HADS), клиничко-психопатологический и пиктополиграфический методы (программно-аппаратный комплекс «Эгоскоп»). Показано, что результаты объективной и субъективной оценок выраженности аффективных нарушений в наибольшей степени совпадали у пациентов с адаптационными расстройствами и депрессивным эпизодом. В группе с психогенными предболезненными расстройствами результаты объективной и субъективной оценок значительно различались. Установлено, что использование пиктополиграфического метода повышает точность диагностических заключений.

**Ключевые слова:** пограничные психические расстройства, тревога, депрессия, диагностика, пиктополиграфия.

### Введение

История развития учения о пограничных (в том числе, невротических) расстройствах насчитывает сотни лет. Путь их изучения шел от описания грубых проявлений психической патологии к менее заметным, нерезко выраженным отклонениям, находящимся на грани нормы. При этом, наряду с исследованием внешних проявлений невротических расстройств, делались попытки объяснения причин их формирования, а также совершенствовались диагностические подходы [1].

Однако, несмотря на длительный период изучения, в современной медицинской литературе все чаще приводится мнение Г.Каплана и Б.Седока (1994) о том, что термин «невроз» «потерял значение сколько бы то ни было точного определения, кроме тех случаев, когда хотят отметить, что способность к оценке действительности не нарушена и личностные расстройства отсутствуют» [2, 4, 5]. При этом подчеркивается необходимость учета специфических культуральных, возрастных и гендерных особенностей пациентов для верификации некоторых видов невротических расстройств и оценки адекватности реакции на конкретный стрессор [7, 8].

Таким образом, на первый план выходит ряд нерешенных вопросов, касающихся клинической трактовки и диагностики невротической патологии. Как известно, наиболее распространенными на сегодняшний день методами, применяемыми для диагностики тревожных и депрессивных нарушений, являются клиничко-психопатологическое обследование и психометрические шкалы [5]. Однако, несмотря на общепризнанность и многообразие данных методик, они не исключают субъективности трактовки состояния больным и врачом. В связи с этим особую актуальность приобретает современный пикто-

### OBJECTIVE DIAGNOSTICS OF AFFECTIVE DISTURBANCES IN PATIENTS WITH BOUNDARY MENTAL DISORDERS

Baurava N.N., Ushakova T.M., Svechnikov D.V., Kurasov E.S.

Approaches to an objectivization of affective disturbances are analyzed at boundary mental disorders. 78 patients with anxiety and depressive symptomatology (the disorders of adaptation, prepainful psychogenic disorders and moderate depressive episode) are surveyed. The clinimetric scales (HRDS, HARS, HADS), clinico-psychopathological and pictopoligraphical methods were applied. It is shown, that results of objective and subjective estimates of expressiveness of disturbances most coincided at patients with disorders of adaptation and a depressive episode. In group with prepainful psychogenic disorders results of objective and subjective estimates significantly differed. It is established, that use of a pictopoligraphical method increases the accuracy of diagnostic inferences.

**Keywords:** boundary mental disorders, anxiety, depression, diagnostics, pictopoligraphy.

полиграфический диагностический метод, позволяющий оценивать выраженность эмоциональной значимости для пациента той или иной информации, касающейся его психического состояния. В современной медицинской и психологической литературе указывается, что использование этого подхода позволяет повысить диагностическую точность проводимых исследований [3, 6].

**Цель исследования:** проанализировать подходы к объективизации аффективных нарушений при пограничных психических расстройствах.

### Материалы и методы исследования

Работа проводилась на базе клиники психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в 2013–2014 гг. Всего обследовано 78 пациентов с тревожно-депрессивной симптоматикой пограничного уровня. Общая выборка была разделена на 3 группы: в первую ( $n_1 = 37$ ) вошли лица с невротическими адаптационными расстройствами (РА) (продолжительная, смешанная тревожная и депрессивная реакции), во вторую ( $n_2 = 21$ ) – с психогенно обусловленными предболезненными расстройствами (ППР). Группу сравнения ( $n_3 = 20$ ) составили пациенты с аффективным расстройством (умеренный депрессивный эпизод (ДЭ)).

Основным методом исследования был клиничко-психопатологический, которым обследовались все пациенты. Клиничко-психопатологическое обследование осуществлялось путем опроса и осмотра больных в день поступления в стационар. Оно включало сбор субъективных и объективных анамнестических сведений, при этом особое внимание уделялось соответствию субъективно предъявляемой больным картины своего расстройства (характеру жалоб и их выраженности) ее объективным проявлениям.

Объективизация и уточнение степени субъективной значимости предъявляемых жалоб основывались на пиктополиграфическом подходе. Для этого применялся программно-аппаратный комплекс «Эгоскоп» («Медиком МТД» г. Таганрог, Россия, 2009 г.), позволяющий проводить автоматизированное психометрическое обследование с использованием стандартизированных шкал и опросников, сопряженное с синхронной регистрацией физиологических параметров (электроэнцефалограммы (ЭЭГ), частоты сердечных сокращений (ЧСС), кожно-гальванической реакции (КГР), фотоплетизмограммы (ФПГ) и пиктографических характеристик от графического сенсорного планшета (латентные периоды ответов, степень давления на перо и т.д.). Исследование проводилось в день поступления пациента до назначения психофармакотерапии с целью исключения возможного вегетостабилизирующего действия препаратов.

Для оценки степени выраженности тревожных и депрессивных нарушений использовались клинометрические шкалы объективной (депрессии (HRDS) и тревоги (HARS) Гамильтона) и субъективной (Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) оценок.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistika 7.0 for Windows» и «Microsoft Excel 2003». Среднегрупповые значения, дисперсия результатов исследования, стандартное отклонение, минимальные и максимальные значения показателей вычислялись модулем «Описательная статистика». Достоверность различий определялась с помощью непараметрических критериев: U-критерия Манна-Уитни и H-критерия Крускала-Уоллиса. Связи между изучаемыми признаками оценивали путем вычисления рангового коэффициента корреляции Спирмена. Критический уровень значимости при проверке гипотез составил менее 0,05 ( $p < 0,05$ ).

### Результаты собственных исследований

Изучение феноменологических и этиологических особенностей психических расстройств у обследованных пациентов показало, что расстройство адаптации представляло собой невротическую патологию пограничного уровня, обусловленную воздействием индивидуально-значимого стрессового фактора. В структуре жалоб этих больных выявлялись (табл. 1): подавленность – 29 (78,3%), тревога – 28 (75,7%), внутреннее напряжение – 24 (64,9%), сниженное настроение – 22 (59,5%), нарушения сна – 20 (54,1%), отсутствие побуждений к деятельности – 20 (54,1%), повышенная утомляемость – 17 (45,9%) наблюдений.

Психогенно обусловленные предболезненные расстройства также развивались вследствие воздействия объективно выявляемого психотравмирующего фактора. Но, в отличие от РА, они не достигали клинически (нозологически) завершённой картины, соответствующей диагностическим критериям МКБ-10. Среди жалоб пациентов этой группы преобладали: подавленность – 16 (76,2%), тревога – 15 (71,4%), внутреннее напряжение – 13

(61,9%), сниженное настроение – 11 (52,4%), нарушения сна – 11 (52,4%), повышенная утомляемость – 10 (47,6%), отсутствие побуждений к деятельности – 10 (47,6%).

Аффективные нарушения у пациентов с депрессивным эпизодом представляли собой аутохтонную («эндогенную») симптоматику, которая развивалась без участия каких-либо значимых внешних (в т.ч. стрессовых) факторов. Среди основных жалоб этих больных были выявлены: сниженное настроение – 20 (100,0%), подавленность – 16 (80,0%), нарушения сна – 16 (80,0%), тревога – 15 (75,0%), отсутствие побуждений к деятельности – 14 (70,0%), внутреннее напряжение – 12 (60,0%), повышенная утомляемость – 11 (55,0%).

Результаты свидетельствуют, что структура ведущих жалоб у обследованных с РА и ППР была примерно одинаковой. Значимые различия были выявлены только у пациентов с ДЭ (в сравнении с другими группами) по показателям «снижение настроения», «нарушения сна» и «отсутствие побуждений к деятельности» ( $p < 0,05$ ). Характерно, что достоверных различий между лицами с адаптационными и предболезненными психогенными расстройствами не выявлялось.

Клинико-психопатологическое обследование дополнялось результатами субъективной оценки своего состояния пациентами по шкале HADS (табл. 2). Установлено, что наиболее высокие показатели самооценки тревоги и депрессии были получены у больных с ДЭ, по сравнению с остальными группами. У этих пациентов были достоверно ( $p < 0,05$ ) выше уровни тревоги и депрессии ( $15,7 \pm 2,5$  и  $18,8 \pm 1,8$  балла), чем у лиц с ППР ( $10,5 \pm 1,0$  и  $11,4 \pm 1,4$  балла), а показатель депрессивных нарушений значимо выше ( $18,8 \pm 1,8$ ), чем у обследованных с РА ( $9,8 \pm 2,4$ ) ( $p < 0,05$ ). Достоверных отличий между показателями самооценки тревоги и депрессии пациентов с РА и ППР не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Табл. 1. Структура основных жалоб в группах обследованных (%)

Жалобы	РА	ППР	ДЭ
Снижение настроения	59,5	52,4	100,0*
Подавленность	78,3	76,2	80,0
Нарушения сна	54,1	52,4	80,0*
Отсутствие побуждений к деятельности	54,1	47,6	70,0*
Тревога	75,7	71,4	75,0
Внутреннее напряжение	64,9	61,9	60,0
Повышенная утомляемость	45,9	47,6	55,0

Примечания: \* – достоверность различий между группами,  $p < 0,05$ .

Табл. 2. Результаты обследования пациентов по психометрическим шкалам (баллы)

Группы пациентов	HARS	HRDS	HADS	
			Тревога	Депрессия
РА	$14,1 \pm 1,1$	$12,8 \pm 0,6$	$12,3 \pm 3,1$	$9,8 \pm 2,4$
ППР	$6,4 \pm 0,8$	$7,5 \pm 0,9$	$10,5 \pm 1,0$	$11,4 \pm 1,4$
ДЭ	$21,5 \pm 0,8$	$17,4 \pm 0,7$	$15,7 \pm 2,5^*$	$18,8 \pm 1,8^*$

Примечания: \* – достоверность различий между группами,  $p < 0,05$ .

Исследование по шкалам объективной оценки HARS и HRDS, проводимое врачами-психиатрами с использованием структурированного интервью, выявило иные соотношения. Так, наибольшая выраженность показателей тревоги и депрессии отмечалась у пациентов с ДЭ –  $21,5 \pm 0,8$  балла и  $17,4 \pm 0,7$  балла, соответственно. При этом отмечались значимые различия ( $p < 0,05$ ) с аналогичными показателями лиц с адаптационными и психогенно обусловленными предболезненными расстройствами. Выявленность тревоги и депрессии в группе РА ( $14,1 \pm 1,1$  и  $12,8 \pm 0,6$  балла), в свою очередь, была достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем при ППР ( $6,4 \pm 0,8$  и  $7,5 \pm 0,9$  балла), что свидетельствовало о наименьшей выраженности аффективных нарушений в последней группе.

Проведенное исследование выявило несоответствие результатов субъективной и объективной психометрической оценок состояния пациентов с психогенно обусловленными предболезненными расстройствами. Во многом это определялось недостаточной диагностической точностью инструментов субъективной оценки психического состояния, а также утрированным предъявлением жалоб и преувеличением тяжести своего состояния обследованными с ППР вследствие механизмов «вторичной выгоды». Ее формирование было обусловлено стремлением к изменению имеющейся трудноразрешимой жизненной ситуации и привлечением внимания специалистов к своему состоянию.

Таким образом, наиболее точные диагностические показатели были получены в ходе объективного психометрического обследования (шкалы HARS и HRDS). Но, следует отметить, что выполнение этих процедур с использованием стандартизированного структурированного интервью является достаточно трудоемким и требует значительного времени.

В связи с этим нами было предложено дополнение субъективной оценки психического состояния (с использованием шкалы HADS) психофизиологическим компонентом – пиктополиграфическим методом. Он позволяет выявлять индивидуальную значимость для обследуемого предлагаемого стимульного материала (вопросов и утверждений, касающихся его самочувствия) путем измерения некоторых физиологических реакций на него (КГР, ФПГ, ЭЭГ, ЧСС), а также пиктографических (моторных) характеристик от графического сенсорного планшета.

Результатом такого обследования являлось вычисление индекса смысло-эмоциональной значимости (СЭЗ), как каждого предъявляемого вопроса, так и отдельных подшкал HADS (тревоги, депрессии) у конкретного пациента. Все это позволяло сделать вывод о степени соответствия его субъективной (даваемой путем заполнения опросника) и объективной (выявления физиологических реакций на вопросы) оценок. Следует отметить, что пиктополиграфическая оценка состояния исключала возможность какого-либо «внутреннего» влияния на результаты

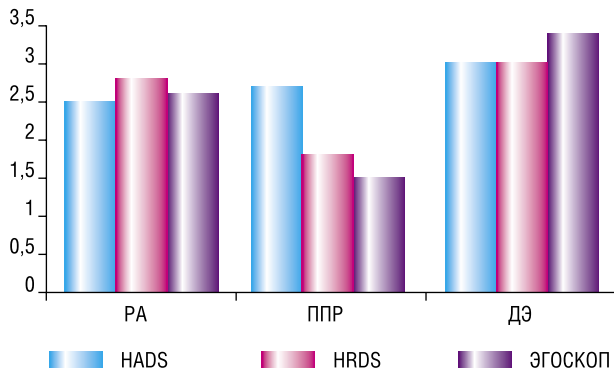
обследования, что повышало диагностическую точность этого метода.

В ходе исследования у пациентов с ДЭ (с наибольшей выраженностью аффективных нарушений) не было выявлено достоверных отличий между оценкой тяжести депрессивного расстройства врачом-психиатром (шкала HRDS), самооценкой пациента (HADS) и выраженностью объективного показателя смысло-эмоциональной значимости утверждений, касающихся их состояния (рис. 1). Все три оценки (врача-психиатра, самооценка, объективный показатель СЭЗ) свидетельствовали о выраженном уровне депрессии. Также были получены сильные положительные корреляционные взаимосвязи между данными показателями ( $p < 0,001$ ).

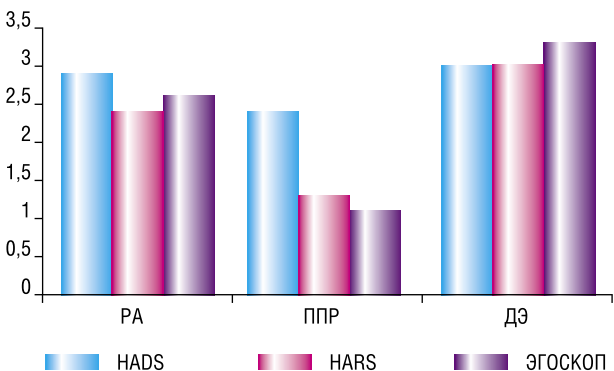
При оценке тревожных нарушений в данной группе пациентов выявлена положительная взаимосвязь ( $R = 0,87$ ,  $p < 0,05$ ) между оценкой врачом-психиатром степени выраженности тревоги (HARS) и значением показателя СЭЗ утверждений. Корреляционный анализ выявил умеренную корреляцию ( $R = 0,41$ ,  $p < 0,05$ ) между самооценкой пациента выраженности тревожной симптоматики с оценкой специалиста, а также объективным показателем СЭЗ утверждений шкалы HADS ( $R = 0,38$ ,  $p < 0,05$ ). Значимых отличий между психометрической оценкой врачом и самооценкой выраженности тревожных нарушений не было выявлено ( $p > 0,05$ ). Все три оценки (врача-психиатра, самооценка, объективный показатель смысло-эмоциональной значимости) свидетельствовали о выраженном уровне тревоги (рис. 1).

В группе пациентов с невротическими адаптационными расстройствами достоверных отличий между самооценкой пациентами тяжести депрессивных и тревожных расстройств и объективным показателем смысло-эмоциональной значимости вопросов HADS, а также между оценкой врача-психиатра и объективным показателем СЭЗ вопросов выявлено не было ( $p > 0,05$ ). Следует отметить, что результаты врачебной (шкалы HARS, HRDS) и субъективной оценок (HADS) отличались, но значимых различий не имели ( $p > 0,05$ ). Также были установлены положительные корреляционные взаимосвязи между оценкой врача-психиатра и самооценкой пациентов выраженности депрессивной симптоматики ( $R = 0,72$ ,  $p < 0,05$ ). Все три оценки (врача-психиатра, самооценки по HADS, объективный показатель СЭЗ утверждений) соответствовали клиническому уровню депрессии и тревоги (рис. 1, 2).

Среди лиц с ППР не было выявлено достоверных отличий между оценкой тяжести депрессивных и тревожных нарушений врачом-психиатром (шкалы HARS, HRDS) и выраженностью объективного показателя смысло-эмоциональной значимости вопросов. Наряду с этим выявлялись наиболее значимые различия самооценки пациента (по шкале HADS) и показателя СЭЗ предъявляемых вопросов ( $p < 0,001$ ). Также получена отрицательная взаимосвязь самооценки выраженности депрессивных и тревожных расстройств самими пациентами с объек-



**Рис. 1.** Результаты врачебной (HRDS), субъективной (HADS) и пиктополиграфической (ЭГОСКОП) оценок выраженности депрессивных расстройств у обследованных (отн.)



**Рис. 2.** Результаты врачебной (HARS), субъективной (HADS) и пиктополиграфической (ЭГОСКОП) оценок тревожных расстройств у обследованных (отн.)

тивным показателем СЭЗ утверждений HADS ( $R = -0,42$ ,  $p < 0,05$ ;  $R = -0,54$ ,  $p < 0,05$ ). Оценка врача-психиатра (по шкалам HARS и HRDS) и показатель СЭЗ вопросов указывали на наличие у этих лиц признаков тревоги и депрессии преимущественно субклинического уровня. При этом сами пациенты были склонны оценивать свое состояние как более тяжелое (рис. 1, 2).

Таким образом, результаты объективной (психометрической врачебной, пиктополиграфической) и субъективной оценок выраженности аффективных нарушений в наибольшей степени совпадали в группах пациентов с РА и ДЭ. Это подтверждалось достоверными ( $p < 0,05$ ) показателями эмоционально-смысловой значимости, полученными в ходе пиктополиграфического обследования и свидетельствовало о достоверной оценке больными своего психического состояния. В группе лиц с ППР напротив – результаты объективных шкал HARS и HRDS значимо отличались от показателей HADS. Также отмечалось отсутствие достоверных значений СЭЗ вопросов этой шкалы, что свидетельствовало об утрированном

представлении жалоб и преувеличения тяжести своего состояния, обусловленных механизмами «вторичной выгоды».

### Заключение

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что использование диагностических инструментов субъективной оценки состояния у лиц с ППР является недостаточно информативным и во многих случаях дает завышенные показатели, соответствующие нозологическому уровню расстройств. В дальнейшем это может способствовать необоснованному назначению психофармакологических препаратов (в частности, антидепрессивной группы), а также несвоевременному началу психокоррекционной и психотерапевтической работы.

Шкалы объективной оценки аффективных нарушений (HARS и HRDS) являются диагностически более точными, однако требуют большего времени для обследования и являются достаточно трудоемкими для врача-психиатра. В связи с этим дополнение самооценочного обследования пациентов с пограничными психическими расстройствами (с использованием HADS) пиктополиграфическим исследованием позволяет оптимизировать диагностический процесс и повысить точность выносимых диагностических заключений.

### Литература

1. Александровский Ю.А. Состояния психической адаптации и невротические расстройства. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012 – 52 с.
2. Александровский Ю.А. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства // Психиатрия: нац. руководство. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. – С. 525–554.
3. Захаров С.М., Скоморохов А.А. Мониторирование ЭЭГ в клинической практике: ЭЭГ-видеомониторинг, полисомнография, нейромониторинг // Больница. – 2009 г. – №4 – С. 23–29.
4. Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. – М.: Медицина, 1994. – Т.1. – 672 с.
5. Марченко А.А. Невротические расстройства у военнослужащих (клиника, диагностика, патоморфоз): Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – СПб, 2009. – 46 с.
6. Юрьев Г.П., Захаров С.М., Скоморохов С.А. Смысло-физиологическая кластеризация результатов стандартных психологических тестов с помощью эгоскопии // Вторая всероссийская научная школа «Нейробиология и новые подходы к искусственному интеллекту и науке о мозге». – Ростов-на-Дону, 2011. – С. 217–221.
7. Greenberg W.M., Rosenfeld D.N., Ortega E.A. Adjustment disorder as an admission diagnosis // Am. J. Psychiatry. – 1995. – Vol.152 (3). – P. 459–461.
8. Kaelber C.T., Rae D.S. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Implications for research and policy // Archives of General Psychiatry. – 1998. – Vol. 55. – P. 105–115.

### КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Баурова Наталья Николаевна  
194044, г. Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 17  
e-mail: baurova-n@mail.ru