



Соматизована депресія: медико-психологічний супровід

Анастасія Гапон

student of the Bogomolets Medical University

Різноманітні порушення афективної сфери психіки є однією з найчастіше діагностованих форм психічної патології.

Як показує медична практика, прихована депресія займає значну частку серед соматизованих психічних розладів.

Незважаючи на велику кількість та обсяг проведених досліджень, проблема соматизованих депресій є однією з найскладніших у сучасній психіатрії та медичній психології.

Часто лікарі первинної медичної допомоги не виявляють психічні розлади у своїх пацієнтів. Згідно з результатами досліджень, лікарі «пропускають» проблеми психічного здоров'я пацієнтів у 20–80% випадків.

Більшість пацієнтів не надають належного значення симптомам, які в них присутні, знецінюють їх, не усвідомлюють необхідність правильної спеціалізованої діагностики або ж займаються самолікуванням. Саме це і передує серйозним наслідкам, таким як: утруднення діагностики, диференційної діагностики та призначення неналежного лікування у вигляді симптоматичної терапії, замість патогенетичної.

Наразі депресивні розлади діагностують у людей працездатного та творчого віку (20-40 років), що підсилює соціально-економічне значення проблеми виявлення депресій.

Проблема соматизованої депресії полягає в тому, що хворі не висловлюють скарг на будь-які симптоми депресії, але і соматичні скарги, які можуть проявлятися, наприклад, хронічними болями різних органів та систем, порушеннями з боку шлунково-кишкового тракту та серцево-судинної системи, чи порушенням сну, залишаються, незважаючи на наявність медикаментозного лікування у вигляді анальгетиків, барбітуратів, серцевих глікозидів, тощо.

Мета роботи: дослідити особливості та сутність маскованої депресії, її вплив на розвиток соматичної симптоматики, депресії виснаження, її запобігання та методи боротьби.

Методи дослідження: клінічним матеріалом для дослідження стали 35 респондентів віком від 18 до 50 років. Окрім соціально-демографічного дослідження були використані: Шкала депресії Бека, яка дає можливість визначити наявність депресії у людини та ступінь її вираженості та Шкала депресії Гамільтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS).

Результати обстеження. У ході роботи, за результатами опитування було встановлено, що у 16 осіб відсутні депресивні симптоми, 10 осіб мають легкий ступінь депресії (субдепресія), яка відповідає 10-15 балам, у 3 людей визначається помірний рівень депресії, що виражається в 16-19 балах, 6 опитуваних мають депресію середньої тяжкості (виражена депресія, яка відповідає 20-29 балам) та осіб з тяжким рівнем депресії виявлено не було.

Соматизована депресія: медико-психологічний супровід

Вступ.

Соматизована депресія- яскравий прояв того, як наш розум впливає на здоров'я нашого тіла.

Для особи, яка схильна до стресу, основним джерелом дистресу, що негативно впливає на її фізичне і психічне здоров'я, можуть бути різноманітні дисфункціональні соціальні взаємодії, такі як розриви або деформація комунікативного поля в родинному або професійному оточенні [1].

На сьогоднішній день депресія стала однією з найпоширеніших причин звернення за психологічною допомогою.

Емоційні розлади мають негативний вплив на перебіг соматичного захворювання, та відповідно, соматичні захворювання значною мірою погіршують наслідки депресії [2].

Тривога є одним з найпоширеніших проявів психічної патології, таких як депресія, гострі галюцинаторно-маячні та органічні розлади, алкоголізм та інші залежність. Якщо тривога і депресія співіснують, то може виникнути змішаний тривожно-депресивний розлад, а якщо симптоми тривоги та депресії однаково важкі, то говорять про коморбідний розлад [3].

Проведені клінічні дослідження вказують на те, що у більшості пацієнтів з депресією переважають соматичні симптоми, і тому такі пацієнти можуть спочатку шукати непсихіатричну медичну допомогу, перш ніж звернутися за спеціалізованою [4].

Моррісон і Гербштейн проводили дослідження депресії та соматизованих розладів на вибірці з 54 жінок із наявним розладом, які також відповідали критеріям DSM-III для MDD, і 29 жінок із первинним афективним розладом без соматизації. У порівнянні з групою жінок, у яких діагностовано лише депресію, у групі жінок з наявним соматичним розладом було значно більше повідомлень про бажання смерті (83% проти 59%, $p=0,02$) та суїцидальних ідей (80% проти 55%, $p=0,02$) [5].

Перші скарги соматизованої депресії частіше проявляються симптомами кардіологічного профілю, або навіть церебрального чи симптомами з боку шлунково-кишкового тракту. Такими симптомами можуть бути підвищення артеріального тиску, відчуття «завмирання серця» чи «внутрішнього хвилювання», відсутність апетиту, закрепи, порушення сну та слабкість з періодичним невмотивованим запамороченням. Деякі хворі виказують скарги з приводу порушень дихальної системи. Вони можуть проявлятися у відчутті неможливості здійснення повного вдоху чи неповноцінності дихання, задишку.

Наприклад, під час проведення дослідження впливу депресії на концентрацію маркерів запалення після перенесеного ГКС, було виявлено зв'язок між С-реактивним білком та депресією [2].

Саме через те, що люди не усвідомлюють наявності в себе симптомів депресії, вони звертаються за первинною допомогою до лікарів-соматологів та інтерністів загальної медичної практики 46% хворих, 11,3% лікуються амбулаторно та через надання некомпетентної допомоги в подальшому відбувається хронізація розладу [6].

Соматичні симптоми мають негативний вплив на діагностику, лікування та прогноз депресії. Безпосередньо вони маскують інформацію про психологічні прояви депресії, що у подальшому ускладнює виявлення та підтвердження діагнозу, також вони збільшують тривалість депресивних епізодів, що у свою чергу призводить до посилення тяжкості депресії. Також соматичні симптоми часто залишаються як залишкові симптоми навіть після належного лікування депресії, що знижує рівень ремісії та збільшує частоту рецидивів депресії [7].

Соматичні симптоми, зокрема соматичне занепокоєння та втома, були задокументовані у 80% вибірки з 260 жінок і 239 чоловіків, які страждають на велику депресію. Ці соматичні симптоми дуже часто мали в основі психопатологічно значущу іпохондрію, як у жінок, так і у чоловіків. Це дослідження підтвердило попередні дослідження, які показали, що депресивні

розлади з переважно соматичним проявом, ймовірно, є найпоширенішою формою депресії як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах [8].

Таким чином, існуюча ситуація обумовлює актуальність теми дослідження: «Соматизована депресія: медико-психологічний супровід» та вимагає підвищеної уваги до причин, симптоматики, діагностики та наслідків депресивного стану у соматичних хворих.

Метою роботи було дослідити особливості та сутність маскованої депресії, її вплив на розвиток соматичної симптоматики, депресії виснаження, її запобігання та методи боротьби з нею. У якості **завдань дослідження** виступало: вивчення маскованої депресії, її типів, як окремого виду депресії та масок депресивного розладу, здійснити теоретичний аналіз наявності та впливу соматизованої депресії на життя, самопочуття людей молодого віку та як наявність хвороби впливає на їх побутове життя та проаналізувати проблему соматизованої депресії та визначити методи ведення таких пацієнтів.

Матеріали і методи дослідження.

Проведення практичної частини дослідження у попередньо запланованому обсязі, а саме аналіз даних опитування вибірки пацієнтів з соматизованою депресією, було скореговано відповідно до доступних умов виконання. Клінічним матеріалом дослідження були 35 опитуваних, віком від 18 до 50 років. Від кожної особи була отримана інформована згода на участь в дослідженні.

Окрім соціально-демографічного дослідження були використані:

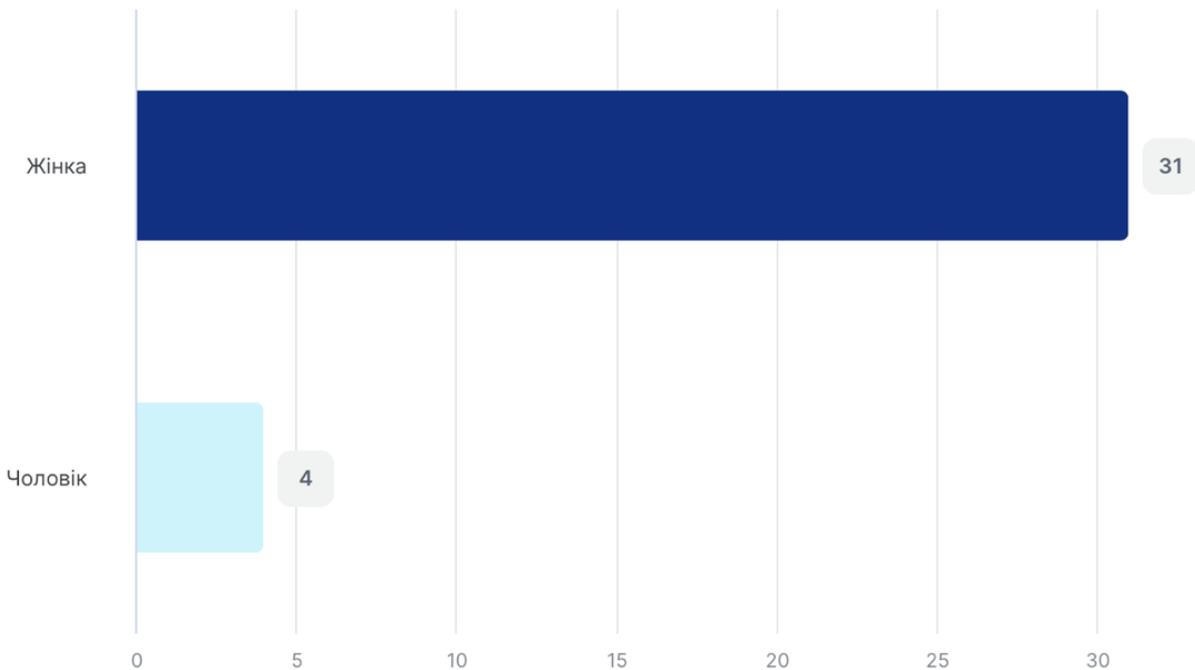
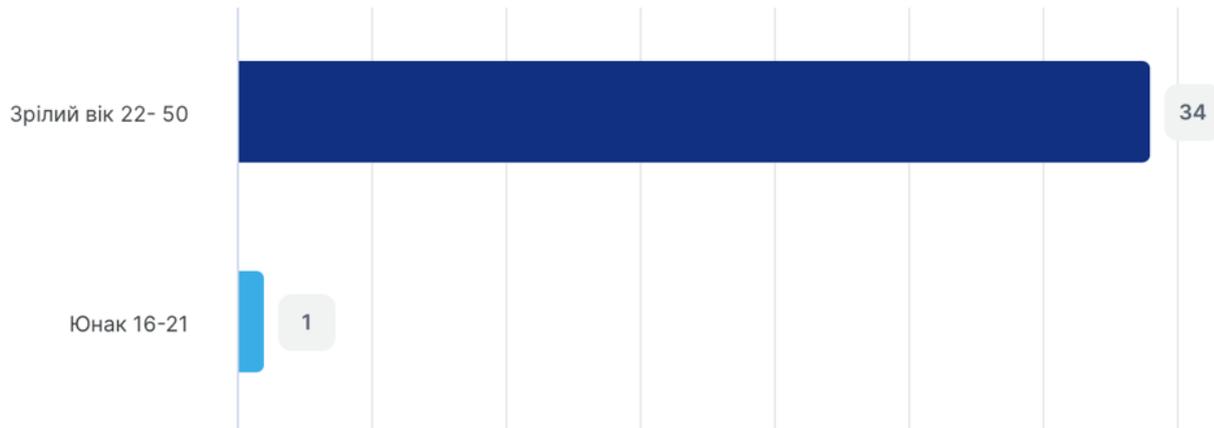
1. Шкала депресії Бека, яка дає можливість визначити наявність депресії у людини та ступінь її вираженості. Ця шкала була розроблена на основі клінічних спостережень, які дозволяють виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії. [9];
2. Шкала депресії Гамільтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS), основним завданням якої є оцінка тяжкості депресії, ефективності лікування та виявлення можливості рецидивів [9].

Результати дослідження та їх обговорення

Перший блок опитування стосувався соціально-демографічних показників респондентів (Рисунок 1 та 2).

Рисунок 1 та 2.

Соціально-демографічні характеристики досліджуваних респондентів

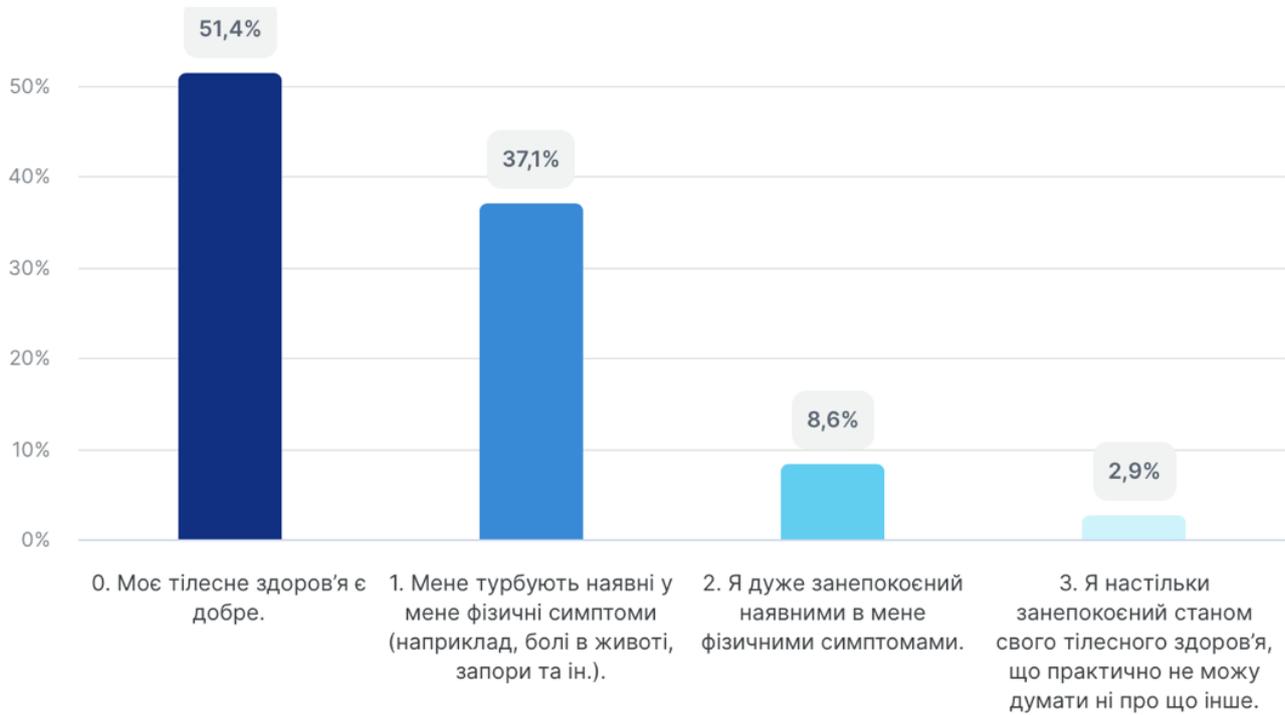


Під час дослідження було опитано 35 осіб, із яких 31 жінка, що відповідає 88,6% та 4 чоловіки, відповідно 11,4%, віком від 22 до 50 років, що склало 97,1% опитуваних, та від 16 до 21 років, 2,9% відповідно.

Наступний блок опитування стосувався наявності фізичних симптомів у респондентів та занепокоєності ними

Рисунок 3.

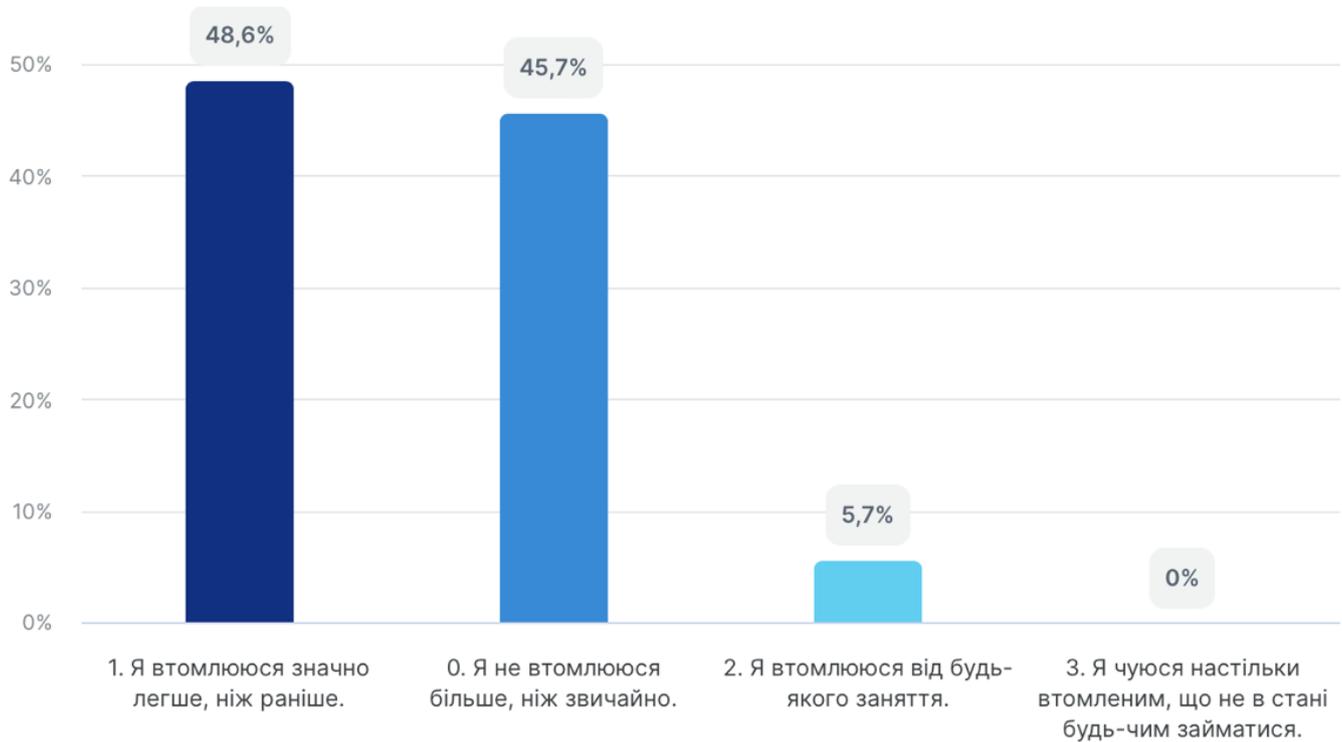
Наявність фізичних симптомів та занепокоєність ними .



Зклопотаність наявністю фізичних симптомів (наприклад, болі в животі чи закреп) було виявлено у 13 осіб (37,1%), 3-є осіб (8,6%) виявили сильне занепокоєння наявними фізичними симптомами, 1 людина (2,9%) настільки зклопотана станом свого тілесного здоров'я, що не може думати ні про що інше, та 18 осіб (51,4%) не відчують жодних тілесних симптомів.

Рисунок 4.

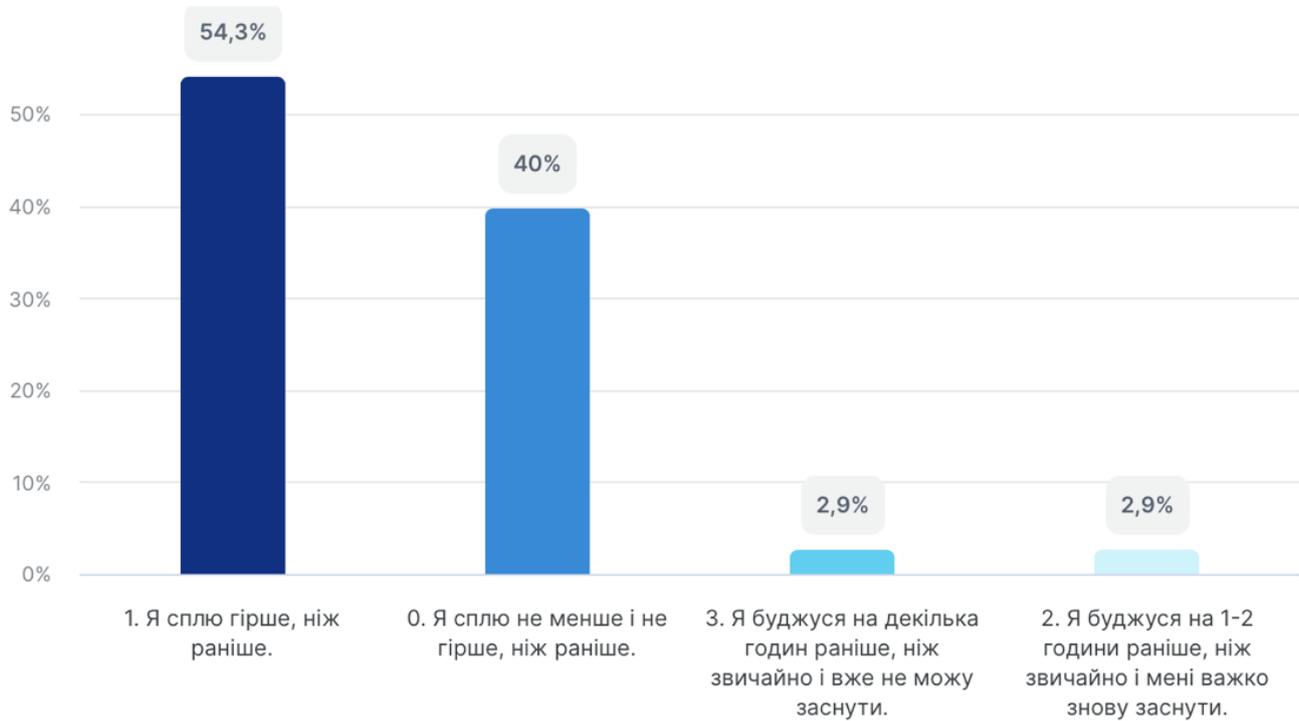
Рівень втоми та швидкість її виникнення



Можемо помітити, що з 35 опитуваних, 17 осіб (48,6%) відмітили, що втомлюються значно швидше, ніж раніше, 2 людини (5,7%) втомлюються від будь-якого заняття та 16 чоловік (45,7%) зовсім не помітили змін у швидкості втомлюваності.

Рисунок 5.

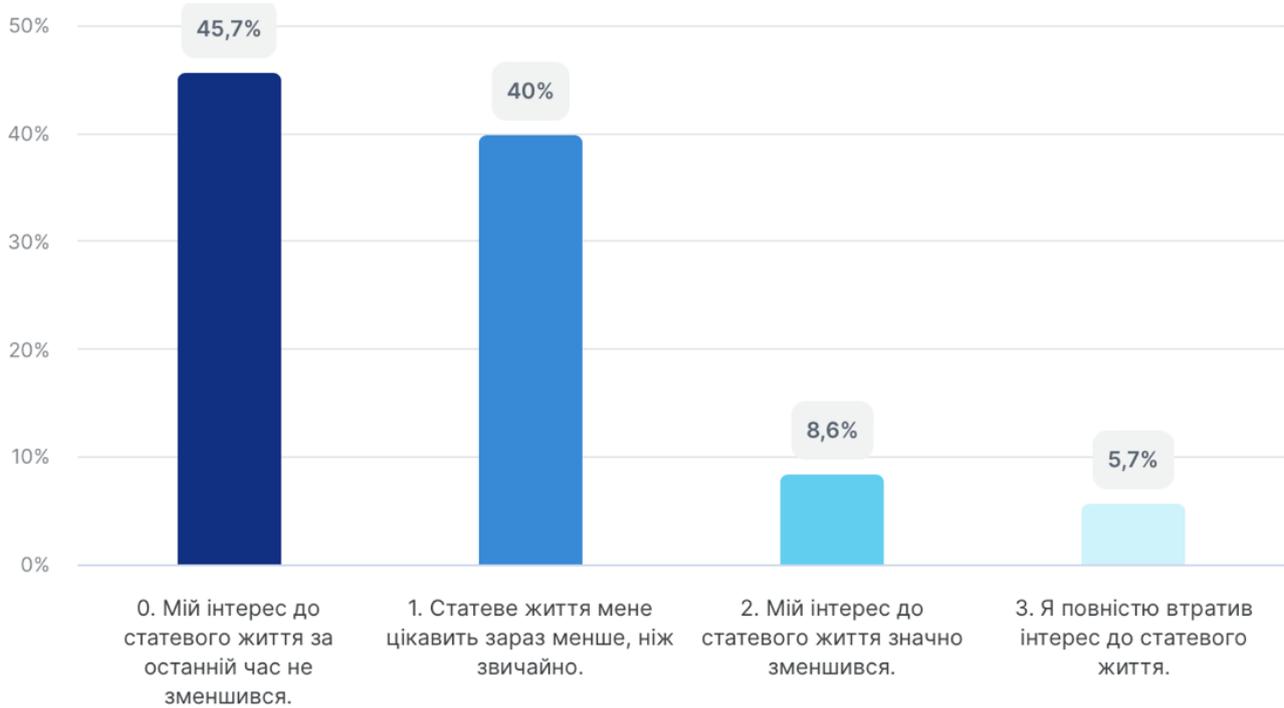
Наявність порушень сну та раннього пробудження.



З приводу сну картина виглядає наступним чином: 19 осіб (54,3%) відзначили, що у них спостерігаються зміни, такі як погіршення сну, 1 людина (2,9%) прокидається на 1-2 години раніше, ніж звичайно, та їй важче заснути і ще 1 людина (2,9%) відзначила, що прокидається на декілька годин раніше та вже зовсім не може заснути, а у 14 осіб (40%) сон не порушений.

Рисунок 6.

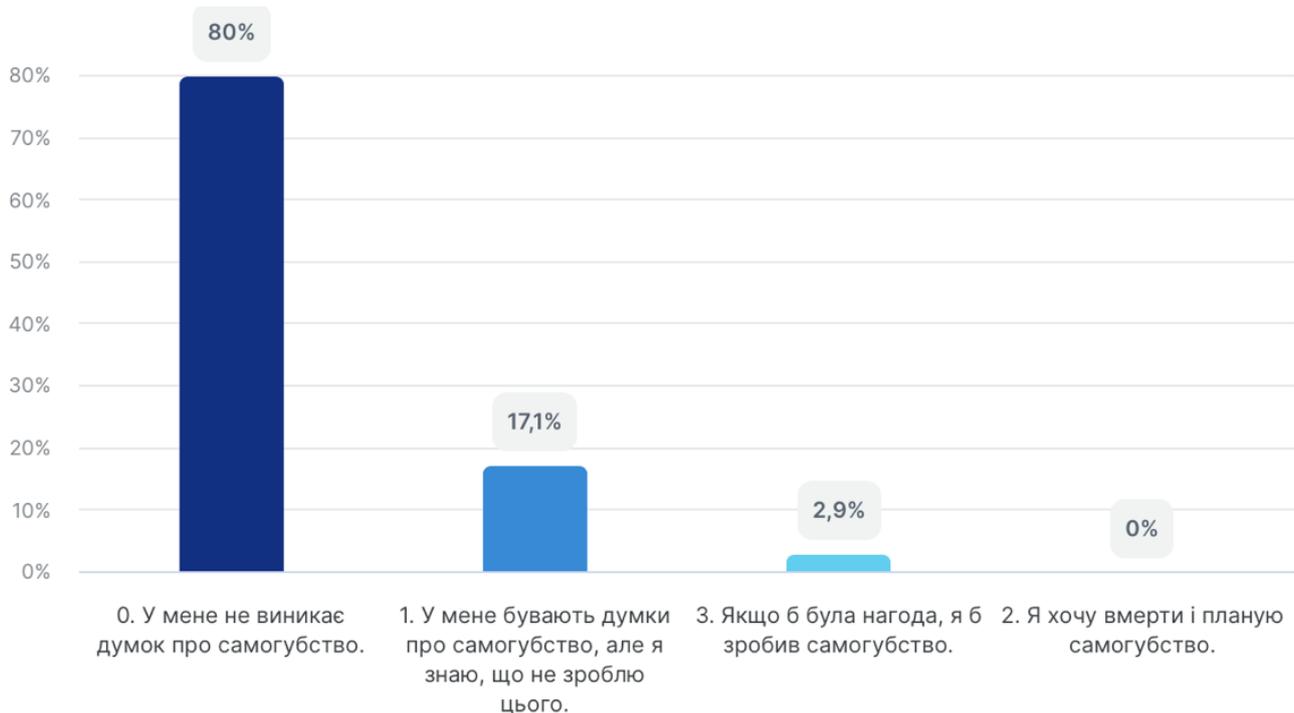
Інтерес до статевого життя.



Майже у половини опитуваних знизився інтерес до статевого життя, ніж зазвичай, але незначно, а саме у 14 осіб (40%), 3 особи відзначили значне зниження інтересу до статевого життя (8,6%), 2 людини повністю втратили інтерес (5,7%) та 16 опитуваних (45,7%) не помітили змін сексуального потягу.

Рисунок 7.

Наявність думок про самогубство.



Так як основним із симптомів депресії є думки про самогубство, ми звернули увагу на питання про наявність суїцидальних думок. У 28 опитуваних (80%) таких думок немає, 6 осіб (17,1%) відзначили наявність суїцидальних думок, але знають, що не вчинять його та 1 людина (2,9%) виказала думки про самогубство, та намір у його вчиненні за нагоди.

Таким чином, за результатами опитування за Шкалою депресії Бека було встановлено, що у 16 осіб відсутні депресивні симптоми, 10 осіб мають легкий ступінь депресії (субдепресія), яка відповідає 10-15 балам, у 3 людей визначається помірний рівень депресії, що виражається в 16-19 балах, 6 опитуваних мають депресію середньої тяжкості (виражена депресія, яка відповідає 20-29 балам) та осіб з тяжким рівнем депресії виявлено не було.

Медико-психологічний супровід:

У ході лікування пацієнтів було застосоване психотерапевтичне втручання у когнітивно-біхевіоральному напрямку у поєднанні з медикаментозним лікуванням, згідно протоколам лікування депресії та додатково: налагодженням розпорядку дня, покращенням харчування, сну та йогою.

У ході психотерапевтичного лікування застосовувались такі техніки, як «Дослідження і аналіз загрозливих наслідків». Ідея цієї техніки полягає в тому, що людина може змінювати свої негативні думки на позитивні, прогнозуючи сприятливий розвиток подій. Також була використана техніка «Метод пошуку переваг та недоліків», під час якої ми разом з пацієнтом аналізували ситуацію та емоції, які ця ситуація в нього викликала, в результаті чого пацієнт формував позитивний висновок та способи подолання проблеми.

Призначення медикаментозного супроводу включало в себе призначення антидепресанту з груп селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, норадреналіну, агоністів серотонінових та мелатонінових рецепторів у зв'язку з тим, що перелічені групи лікарських

засобів мають кращий профіль безпеки та переносимості, порівняно з трициклічними антидепресантами та інгібіторами моноаміноксидази, які належать до попереднього покоління. Антидепресанти з перелічених груп мають схожу ефективність, тому для вибору конкретного препарату для пацієнта необхідно враховувати також характер побічних ефектів, простоту застосування, наявність у пацієнта супутніх захворювань, вартість і т.д.

Про ефективність проведеного лікування говорять результати повторного опитування за шкалою депресії Бека, під час якого були отримані наступні результати: у групі пацієнтів, які піддавались комплексному психотерапевтичному та медикаментозному лікуванню, виявлено тенденцію до зниження ступеня тяжкості депресії з вираженого рівня до субдепресії у 6-ти осіб, з помірного рівня депресії до субдепресії у 3-х пацієнтів, та з легкого ступеня до відсутності депресивних симптомів у 9-ти осіб.

Висновки.

1. За результатами дослідження було встановлено, що у 54,5% опитуваних присутні симптоми прихованої депресії, які проявляються у різних її ступенях тяжкості, що безпосередньо вказує на значну поширеність прихованої депресії серед населення..
2. Було виявлено безпосередній прямий зв'язок між наявністю психічних проявів депресії, та соматичних проявів у вигляді погіршення сну та підвищеного роздратування.
3. Соматизована депресія є складною формою депресії, яка виявляється в більшій мірі через соматичні симптоми, такі як біль, втома, безсоння та інші фізичні прояви. Можна рекомендувати використання структурованих клінічних інтерв'ю для оцінки наявності соматичних симптомів у пацієнтів з депресією. Також, результати дослідження підтверджують ефективність застосування когнітивно-біхевіоральної терапії у лікуванні соматизованої депресії.

Посилання

1. Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник/ За заг. ред О.С. Чабана, О.О. Хаустової. - К.: Видавничий дім Медкнига, 2021. - 216 с..
2. Катеренчук І. П. Роль депресії як незалежного чинника ризику розвитку кардіоваскулярних ускладнень / І. П. Катеренчук // Кардиологія: от науки к практике. - 2014. - № 2. - С. 54-64.
3. Хаустова О. О. Психосоматичні маски тривоги / О. О. Хаустова // Український медичний часопис. - 2019. - № 4(1). - С. 53-60.
4. Huang SS, Chen HH, Wang J, Chen WJ, Chen HC, Kuo PH. Investigation of early and lifetime clinical features and comorbidities for the risk of developing treatment-resistant depression in a 13-year nationwide cohort study. *BMC Psychiatry*. 2020 Nov 17;20(1):541.
5. Torres ME, Löwe B, Schmitz S, Pienta JN, Van Der Feltz-Cornelis C, Fiedorowicz JG. Suicide and suicidality in somatic symptom and related disorders: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2021 Jan;140:110290.
6. М.М. Орос, А.Д. Сіткар. Порівняльний аналіз поширеності депресії серед відносно здорових і хворих людей. *Медична газета «Здоров'я України»*. 2017.
7. Jeon SW, Yoon SY, Ko YH, Joe SH, Kim YK, Han C, Yoon HK, Liu CY. Do Somatic Symptoms Predict the Severity of Depression? A Validation Study of the Korean Version of the Depression and Somatic Symptoms Scale. *J Korean Med Sci*. 2016.
8. Saad Abdullah M Alshahrani, Ismail Mohammed Dhafer Alshahrani. Early Detection of Depression by Family Doctors in Primary Care. *International Journal of Healthcare Sciences*. Month: October 2017- March 2018. Vol. 5, no. 2. P. 147-152.
9. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник/за заг. ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. друге видання- Київ., 2019 - 108 с.



10. Медична психологія. Еталони практичних навичок: навчальний посібник / О.С. Чабан, О.О. Хаустова, В.Ю. Омелянович. – Львів : Магнолія, 2023. – 352 с.