

**ЛИЧНОСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ
ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С СОМАТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ
В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Евгений Валерьевич Чеботарёв

*Курский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и психосоматики,
305041, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3, e-mail: dr.chebotarov@gmail.com*

Реферат. Обследовано 72 пациента подросткового возраста с диагнозом депрессивного расстройства с соматическими симптомами. Определены патохарактерологические и гендерные предпосылки формирования соматизации депрессивных расстройств в подростковом возрасте. Для подростков-девочек характерны выраженная ипохондрическая настроенность в отношении собственного состояния здоровья в преморбидном периоде на фоне заострения циклоидных и лабильных черт с явлениями демонстративности, для подростков-мальчиков – преобладание социальной интроверсии на фоне выраженных психастенических и тревожно-педантических личностных черт с тенденциями к социальной изоляции и психопатизации.

Ключевые слова: подростки, соматизация, личностные особенности.

**PERSONAL AND GENDER PREREQUISITES
OF DEPRESSIVE DISORDERS WITH SOMATIC
SYMPTOMS IN ADOLESCENCE**

Evgenii V. Chebotarov

*Kursk State Medical University, Department of Psychiatry and
Psychosomatics, 305041, Kursk, K. Marx street, 3,
e-mail: dr.chebotarov@gmail.com*

We examined 72 adolescent patients with a diagnosis of depressive disorder with somatic symptoms. Pathocharacterological and gender preconditions of somatization of depression in adolescence were defined. Female adolescents are characterized by the following personal prerequisites: significant hypochondriac attitude regarding their own health in premorbid stage of disease on the background of sharpened cycloid and labile features with demonstrative traits. For adolescent males, the predominance of social introversion with psychasthenic and anxious traits with tendencies toward social isolation and psychopathization was more specific.

Key words: adolescents, somatization, personality traits.

Одной из немаловажных проблем психиатрии детского и подросткового возраста выступает соматизация психических расстройств. Незрелость подростков в трактовке собственных висцеральных и телесных ощущений зачастую приводит их к ряду ненужных и дорогостоящих

медицинских исследований. Данный фактор является не только причиной формирования патологии диссоциативного и конверсионного круга, а в некоторых случаях и аффективных расстройств в более зрелом возрасте, но и способствует хронификации «псевдосоматической» симптоматики и, как следствие, нетрудоспособности пациентов [1, 3, 8, 9, 12].

Общепризнанным является тот факт, что депрессию у подростков трудно распознать из-за обилия соматических масок и поведенческих нарушений, которые играют ведущую клиническую роль в клинике болезни. По данным ряда авторов, только 20–21% лиц подросткового возраста с манифестацией заболевания консультируются у психиатра, обычно они длительное время наблюдаются педиатрами, невропатологами и т. д. При первичном обращении к психиатру собственно депрессивное состояние устанавливается лишь в 21,3% случаев в связи с незначительной выраженностью аффективных расстройств и преобладанием жалоб на нарушение поведения и школьную дезадаптацию [10, 13].

В качестве масок и эквивалентов депрессий у подростков, по мнению большинства авторов, чаще всего выступают вегетативно-висцеральные нарушения, при которых нередко выявляются расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта. В препубертатном возрасте распространены вегетососудистые нарушения, а в подростковом – функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы и нарушения менструального цикла у девушек. При этом, по наблюдениям авторов, соматические расстройства чаще отмечаются в структуре тревожной депрессии. Реже депрессии маскируются поведенческими нарушениями и суицидальным поведением [11, 12].

Таблица 1

Распределение типичных симптомов депрессивного расстройства по МКБ-10

Типичные симптомы депрессии по МКБ	Абс. (n=72)	%
Снижение настроения	58	80,6
Утрата интересов	64	88,9
Повышенная утомляемость	69	95,8
Нарушение концентрации внимания	60	83,3
Снижение самооценки и уверенности в себе	54	75,0
Идеи самообвинения и самоуничтожения	24	33,3
Пессимистическое видение будущего	51	70,8
Суицидальные мысли	26	36,1
Нарушения сна	46	63,9
Снижение аппетита	49	68,1
Раздражительность	55	76,4
Употребление алкоголя	18	25,0
Нарушение поведения	49	68,1
Плаксивость	39	54,2
Гиперэстетическая реакция на окружающее	25	34,7
Суточные колебания состояния	51	70,8

Проблеме соматизации психических расстройств в современной научной литературе уделяется огромное внимание. Большинство авторов полагают, что на симптоматическом уровне аффективная патология, в основном депрессивная, служит причиной возникновения соматовегетативных нарушений. При этом речь идет преимущественно о депрессиях легкой степени [1]. Особенностью таких депрессивных расстройств (ДР) в подростковом возрасте является то, что собственно депрессивные переживания гораздо значительней, чем у взрослых, «маскируются» за фасадом соматовегетативной симптоматики, приводя к позднему распознаванию этиологических и патогенетических причин данных состояний у подростков [1].

На сегодняшний день недостаточно изучены личностные и гендерные предпосылки формирования депрессивных расстройств с соматической симптоматикой в подростковом возрасте, которые обуславливают, с одной стороны, возникновение депрессивной симптоматики, а с другой – соматического компонента депрессивных переживаний.

Целью данного исследования были изучение и систематизация гендерных и личностных (патохарактерологических) предпосылок формирования ДР с соматическими симптомами в подростковом возрасте.

Нами было обследовано 72 подростка, у которых имело место депрессивное расстройство с соматической симптоматикой, что согласно МКБ-10, соответствовало следующим рубрикам: F32.01. Легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами и F32.11. Умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами. Среди обследованных было 34 подростка мужского пола и 38 – женского пола, их средний возраст составлял $16,3 \pm 1,51$ года, длительность заболевания – до 1 года. Из исследования исключались больные с наличием соматической и неврологической патологии.

Для подтверждения диагноза депрессивного расстройства нами использовался клинический, клинико-психопатологический методы, психометрическая шкала Гамильтона (HDRS) [13], для исследования личностных особенностей – шкала ММПИ [2] и МПДО (модифицированный опросник для идентификации типов акцентуаций характера у подростков) [7]. Статистическая обработка

результатов производилась с помощью пакета программ Statistica 6.0 [6].

Согласно данным клинического и клинико-психопатологического методов, собственно депрессивная симптоматика была распределена следующим образом (табл. 1). Среди основных (типичных) симптомов депрессии, согласно МКБ-10, у большинства пациентов превалировала собственно аффективная симптоматика с выраженной астенизацией, нарушением концентрации внимания; у большинства в состоянии отмечалась характерная суточная ритмика.

Распределение соматовегетативной симптоматики представлено в табл. 2.

Наиболее выраженными соматовегетативными проявлениями ДР у подростков были проявления абдоминального дистресса, тахикардия, сухость во рту, головокружение, потливость, приливы жара или холода.

Все пациенты при поступлении были обследованы с помощью шкалы HDRS для уточнения степени тяжести аффективной симптоматики. Результаты обследования приведены в табл. 3.

Таблица 2

Распределение соматовегетативных симптомов

Симптомы	Абс.	%
Тахикардия	47	65,3
Головокружение	36	50,0
Тошнота	28	38,9
Абдоминальный дистресс	50	69,4
Потливость	36	50,0
Одышка	21	29,2
Приливы жара или холода	36	50,0
Сухость во рту	47	65,3
Затруднения при глотании	14	19,4
Нарушения мочеиспускания	11	15,3

Таблица 3

Результаты обследования пациентов с СДР по шкале HDRS

Пол пациентов	Шкала HDRS	
	F32.01	F32.11
Мужской (n=34)	14,5±1,7	17,4±1,9
Женский (n=38)	15,3±1,5	18,2±2,1

было выявлено, что наиболее выраженными личностными чертами были ипохондрическая настроенность в отношении собственного состояния здоровья (s1), сопровождавшаяся повышением шкалы депрессии (s2) и шкалы истерии (s3). Однако необходимо отметить, что у пациентов данной категории также отмечалась тенденция к повышению показателей шкал L и F, что свидетельствовало о желании респондентов представить себя в наилучшем свете и наличии аггравационного компонента. Тем не менее данные шкалы не превышали допустимых верхних границ, поэтому полученные результаты можно считать достоверными.

Обобщенные данные профиля личности подростков женского пола с ДР представлены на рис. 1.

Несколько отличные данные были получены у подростков мужского пола. Для них прежде всего было характерно повышение шкалы психопатии (s4), психастении (s7) с тенденцией к

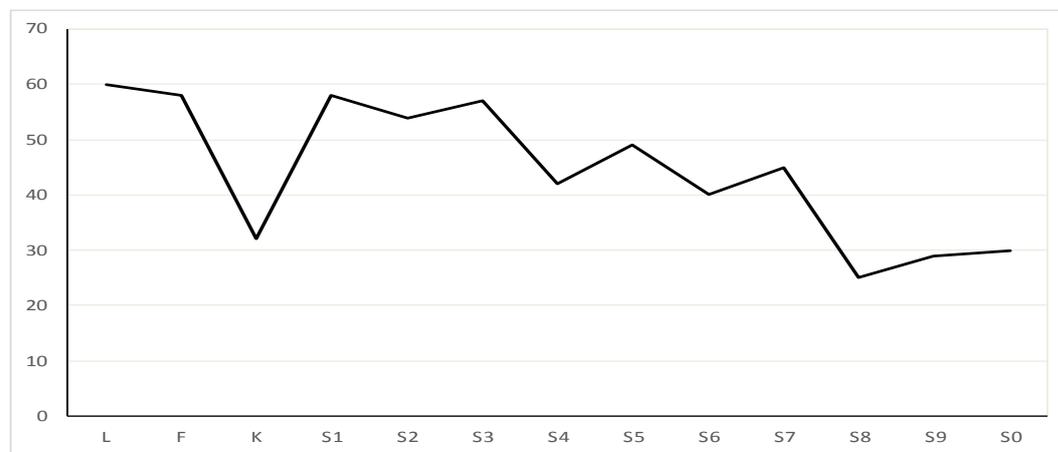


Рис.1. Профиль личности у подростков женского пола с ДР.

Из табл. 3 видно, что, согласно психодиагностической шкале HDRS, существенных гендерных различий между уровнем собственно депрессивной симптоматики и соматовегетативных проявлений выявлено не было ($p > 0,05$). Это еще раз доказывает необходимость изучения патохарактерологических и гендерных особенностей и предпосылок формирования ДР в подростковом возрасте.

При обследовании профиля личности подростков женского пола по методике ММРП

усилению социальной изоляции (s0). Отдельно следует отметить высокий результат шкалы K, которая свидетельствует о желании респондента смягчить имеющуюся симптоматику. Данная категория пациентов характеризовалась скрытностью, личностной интроверсией и тенденциями к психопатизации (рис. 2).

Отсюда можно сделать вывод о том, что для девочек-подростков характерны следующие личностные предпосылки формирования ДР: заострение ипохондрических и истероидных черт

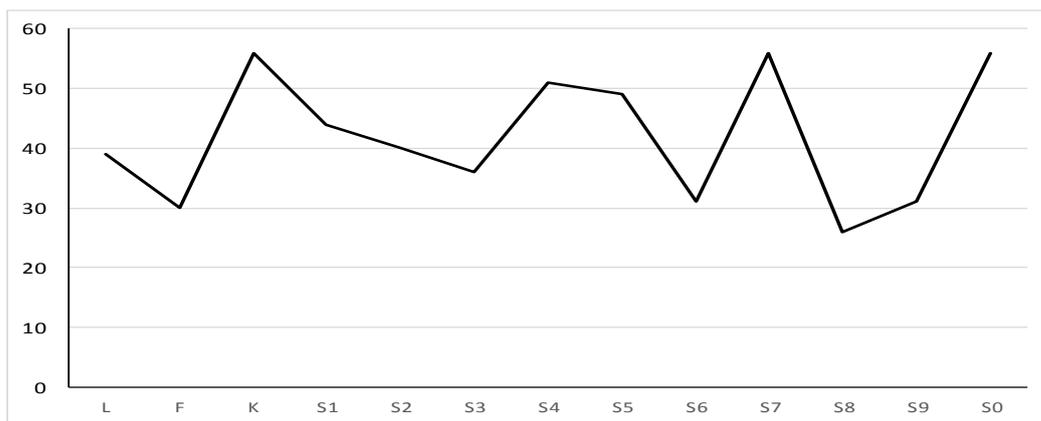


Рис.2. Профиль личности у подростков мужского пола с СДР.

Обобщенные результаты обследования подростков с СДР по методике МПДО

Таблица 4

Тип акцентуации	Юноши (n=34), МДЧ (баллы)	Девушки (n=38), МДЧ (баллы)
Гипертимный	6,3±2,1	4,4±1,3
Циклоидный	7,1±2,2	8,3±2,3
Лабильный	6,6±2,0	8,9±2,3
Ананкастный	9,4±2,3	7,2±2,1
Сенситивный	6,2±2,4	7,7±2,3
Тревожный	8,9±2,4	7,2±2,2
Интровертированный	4,8±1,7	4,1±1,8
Возбудимый	5,1±1,9	3,9±1,3
Демонстративный	6,4±2,1	8,7±2,2
Неустойчивый	5,8±2,1	4,4±1,4
Конформный	3,4±1,1	3,9±1,3

личности в преморбидном периоде, для мальчиков – психопатизация и социальная интроверсия.

При обследовании подростков с ДР по методике МПДО нами были получены следующие результаты (табл. 4).

Из табл. 4 видно, что преобладающими чертами характера у подростков-мальчиков были психастенические и тревожно-педантические проявления. Клинически это характеризовалось наличием нерешительности в принятии решений, легкостью возникновения страхов с формированием фобий в некоторых случаях, особенно в отношении собственного состояния здоровья. Часто имели место вязкость, инертность и аффективные вспышки при декомпенсации состояния. У подростков-девочек отмечалось наличие выраженных циклоидных и лабильных черт с явлениями демонстративности. Это проявлялось

возникновением субдепрессивных фаз с короткими, непродолжительными перепадами настроения, зачастую имеющими реактивный характер. Демонстративные и истероидные черты характеризовались прежде всего эгоцентризмом, необходимостью внимания к себе со стороны окружающих, неустойчивостью к неудачам, завышением своих реальных способностей.

Следовательно, для подростков женского пола характерны следующие личностные предпосылки формирования депрессивных расстройств: выраженная ипохондрическая настроенность в отношении собственного состояния здоровья в преморбидном периоде на фоне заострения циклоидных и лабильных черт и явлений демонстративности. У подростков-мальчиков преобладала социальная интроверсия на фоне выраженных психастенических и тревожно-педантических личностных черт с тенденциями к социальной изоляции и психопатизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В. Соматизация психических расстройств в детском возрасте. М: ИД Медпрактика-М, 2005. 444 с.
2. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности. Структура, основы интерпретации, некоторые области применения. М.: Из-во «БЕРЕЗИН ФЕЛИКС БОРИСОВИЧ», 2011. 320 с.
3. Богушевская Ю. В., Николаевская А.О. Клинико-динамические и личностные особенности больных соматизированными расстройствами // Российский психиатрический журнал. 2013. №4. С.31–36.
4. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста: учебник для ВУЗов. СПб: СпецЛит, 2007. 463 с.
5. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 432 с.

6. Лапач С.М., Чубенко А.В., Бабич П.М. Статистические методы в медико-биологических исследованиях. Киев: МОРИОН, 2001. 408с.
7. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. М: Медицина, 1985. 416 с.
8. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: «МЕДпресс-информ», 2002. 608 с.
9. Менделевич В.Д., Мухаметзянова Д.А. Антиципационные особенности психической деятельности детей, страдающих неврозами // Социальная и клиническая психиатрия. 1997. №2. С. 31–37.
10. Моховиков А.Н. Многоосевая классификация психических и поведенческих расстройств в детском возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10: учеб. пособие. М.: Издательский центр «Академия», 2008. 408 с.
11. Погосов А.В., Богусhevская Ю.В. Соматизированные расстройства (клинико-динамические и терапевтические аспекты) // Психические расстройства в общей медицине. 2008. №3. С.29–36.
12. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей. Харьков: Торнадо, 2003. 352 с.
13. Hamilton M.A. Rating Scale for depression // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. 1960. Vol. 23. P. 56-62.
14. Rief W. Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen): Ätiologie / Bedingungsanalyse // Klinische Psychologie - Psychotherapie. 2005. P. 947–956.
3. Bogushevskaya Yu. V., Nikolaevskaya A.O. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*. 2013. №4. pp.31–36. (in Russian)
4. Isaev D.N. *Psikhopatologiya detskogo vozrasta: uchebnik dlya VUZov*. St.Petersburg: SpetsLit, 2007. 463 p. (in Russian)
5. Krasnov V.N. *Rasstroistva affektivnogo spektra*. Moscow: Prakticheskaya meditsina, 2011. 432 p. (in Russian)
6. Lapach S.M. Chubenko A.V., Babich P.M. *Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyakh*. Kiev: MORION, 2001. 408 p. (in Russian)
7. Lichko A.E. *Podrostkovaya psikhiiatriya: Rukovodstvo dlya vrachei*. Moscow: Meditsina, 1985. 416 p. (in Russian)
8. Mendelevich V.D., Solov'eva S.L. *Nevrozologiya i psikhosomaticheskaya meditsina*. Moscow: «MEDpress-inform», 2002. 608 p. (in Russian)
9. Mendelevich V.D., Mukhametzyanova D.A. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya*. 1997. №2. pp. 31–37.
10. Mokhovikov A.N. *Mnogoosevaya klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv v detskom vozraste. Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv u detei i podrostkov v sootvetstvii s MKB-10: ucheb. posobie*. Moscow: Izdatel'skii tsentr «Akademiya», 2008. 408 p. (in Russian)
11. Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine*. 2008. №3. pp.29–36. (in Russian)
12. Podkorytov V.S., Chaika Yu.Yu. *Depressii. Sovremennaya terapiya: rukovodstvo dlya vrachei*. Kharkov: Tornado, 2003. 352 p. (in Russian)
13. Hamilton M.A. Rating Scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 1960. Vol. 23. pp. 56-62.
14. Rief W. Somatoforme und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen): Ätiologie / Bedingungsanalyse. *Klinische Psychologie - Psychotherapie*. 2005. pp. 947–956.

REFERENCES

1. Antropov Yu.F., Bel'mer S.V. *Somatizatsiya psikhicheskikh rasstroistv v detskom vozraste*. Moscow: ID Medpraktika-M, 2005. 444 p. (in Russian)
2. Berezin F.B., Miroshnikov M.P., Sokolova E.D. *Metodika mnogostoronnego issledovaniya lichnosti. Struktura, osnovy interpretatsii, nekotorye oblasti primeneniya*. Moscow: Iz-vo "BEREZIN FELIKS BORISOVICH", 2011. 320 p. (in Russian)

Поступила 17.01.15.