

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОДИАГНОСТИКА ЭНДОМОРФНЫХ ДЕПРЕССИЙ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ ТРАВМЫ

О.В. Голубчикова

С помощью клинических и экспериментально-психологических методов выполнено обследование 52 больных с эндоморфными депрессиями на фоне перенесенных черепно-мозговых травм, эндогенными депрессивными расстройствами и с сочетанием эндогенной депрессии и последствий травматизации. Полученные данные свидетельствуют о том, что сочетание симптомов органической и эндогенной патологии приводит к достоверному утяжелению клинической картины. Показана необходимость дополнения клинических методов исследования клинико-психологическими (стандартизованными клиническими шкалами и экспериментально-психологическими методиками).

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, эндоморфные депрессии, шкала оценки депрессии Гамильтона, опросник депрессивных состояний ОДС.

Психотические состояния, возникающие на фоне перенесенных черепно-мозговых травм (ЧМТ), нередко представляют большие трудности при их дифференциальной диагностике от эндогенных расстройств. Это в полной мере относится и к тем депрессиям, возникающим после ЧМТ, которые рассматриваются в рамках органического аффективного расстройства (F 06.3 по МКБ – 10) и по своим клиническим критериям во многом совпадают с группой аффективных расстройств (F 30-33). Статистические данные свидетельствуют о том, что 10–77 % больных с ЧМТ страдают депрессивными расстройствами той или иной степени выраженности [7, 9]. Некоторые авторы, описывая аффективные нарушения, возникающие у лиц, перенесших ЧМТ, квалифицировали их как «посттравматические маниакально-депрессивные психозы» [6], подчеркивая типическое сходство с эндогенными расстройствами настроения, как следствие, трудности в проведении их дифференциальной диагностики. Помимо прочего, потребность в избирательном и точном разграничении аффективных нарушений исходит также из достижений современной психофармакологии, предлагающей широкий перечень антидепрессантов селективного действия, воздействующих на определенные «симптомы-мишени» в этиопатогенезе и клинике аффективных расстройств [2, 3]. Все это, в совокупности, обуславливает недостаточность одного лишь клинического метода исследования данной проблематики [5]. Наиболее же це-

лесообразным представляется комплексный клинико-динамический и клинико-психологический подход (включая экспериментально-психологические методики), что позволяет объективнее оценить состояние пациента и тем самым повысить надежность дифференциальной диагностики.

В связи с вышеизложенным было выполнено клинико- и экспериментально-психологическое исследование, направленное на выявление клинико-динамических особенностей эндоморфных депрессий, возникающих в после перенесенной ЧМТ (ЧМТДР), в сравнении их с эндогенными депрессивными расстройствами (ЭДР). Для оценки и квалификации депрессий, наряду с традиционным клинико-anamnestическим и клинико-психопатологическим методами, использовалась стандартизованная клиническая шкала Гамильтона [8], а также экспериментально-психологическая методика – опросник для психологической диагностики депрессивных состояний ОДС [1].

Выборку составили 52 пациента (24 женщины и 28 мужчин) в возрасте от 17 до 72 лет, находившиеся на лечении в стационарных отделениях областной психоневрологической больницы. Вся выборка была разделена на 3 подгруппы: больные с эндоморфными депрессиями на фоне перенесенных ЧМТ (первая подгруппа, группа ЧМТДР численностью 21 человек), во вторую – пациенты с текущим депрессивным эпизодом в рамках традицион-

ных аффективных расстройств, не имеющие в анамнезе ЧМТ (группа ЭДР численностью 21 человек). Третью группу составили больные с сочетанной патологией – эндогенными депрессивными (аффективными) расстройствами и последствиями ЧМТ (группа ЭДР+ЧМТ численностью 10 человек). У больных всех перечисленных групп клиническая картина депрессии соответствовала критериям текущего депрессивного эпизода (F 32.0-3 по МКБ-10).

Сравнительное изучение данных клинического и экспериментально-психологического исследования пациентов указанных групп показало, что при существенной схожести клинической картины различающихся по своему этиопатогенезу депрессивных проявлений, результаты исследования существенно отличаются по целому ряду характеристик. Так, по данным анамнеза проявилось достоверное преобладание среди больных группы ЭДР (по сравнению с группами ЧМТДР и ЭДР+ЧМТ) пациентов с наследственной отягощенностью психическими заболеваниями – 76,2 % (из них у 66,6 % отмечалась неблагоприятная наследственность по эндогенной депрессии). Соответствующие показатели у пациентов групп ЧМТДР и ЭДР+ЧМТ составили 33,3 и 20 % ($p < 0,05$). При этом среди пациентов группы ЧМТДР отягощенности по эндогенным расстройствам не было выявлено ни в одном случае.

Анализ динамических характеристик протекания депрессивных расстройств обнаружил преобладание во всех трех группах монополярного типа течения с аутохтонно возникающими в весенне-осенний период фазами. Но при этом выявились существенные различия ($p < 0,01$) в суточных колебаниях настроения у пациентов группы ЧМТДР (преобладание астенического типа суточного ритма с ухудшением самочувствия к вечеру), и превалирование эндогенного типа с большей выраженностью аффективных нарушений в первой половине дня у пациентов групп ЭДР и ЭДР+ЧМТ.

У 67 % больных с депрессивными расстройствами, возникшими в период после перенесенной ЧМТ, в анамнезе или на момент обследования отмечалась та или иная пароксизмальноподобная симптоматика. Чаще всего такая симптоматика проявляется в виде сенсорных (соматосенсорных и головокружений), вегетовисцеральных (преимущественно вегетативных) и психосенсорных (элементар-

ных зрительных, сенестопатических и сложных иллюзорных в виде «уже виденного, слышанного, пережитого») состояний. У пациентов двух других клинических групп такая симптоматика отмечалась достоверно реже ($p < 0,01$). Однако достоверного электроэнцефалографического подтверждения этих различий получено не было – в группе ЧМТДР пароксизмальная активность на ЭЭГ выявлялась у 5 больных (23,8 % выборки), у пациентов с эндогенными депрессиями – у 4 (19 %) и у 4 (40 %) больных с сочетанной патологией. Вместе с тем, у всех больных с депрессиями, сформировавшимися после перенесенной ЧМТ регистрировались диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, тогда как аналогичные изменения на ЭЭГ в группе больных эндогенной депрессией обнаруживались только в 57 %, а при сочетании ЭДР+ЧМТ – в 70 % случаев наблюдений ($p < 0,05$). При этом прослеживалась корреляция изменений на ЭЭГ с наличием неврологической микросимптоматики (опущение угла рта, отклонение языка в сторону, асимметрия при оскале зубов, дизартрия, экстрапирамидные нарушения, симптомы расстройства функций мозжечка), которая заметно преобладала у больных с последствиями ЧМТ (в группе пациентов ЧМТДР – в 100 % случаев, при ЭДР – в 47,6 %, в группе пациентов ЭДР+ЧМТ – 100 %).

Сравнительный клинический анализ синдромальной структуры депрессивных расстройств у больных трех изучавшихся групп, представленный в табл. 1, позволил выявить определенные различия в структуре клинико-психологической синдромной картины. Основные различия заключались в том, что меланхолический синдром достоверно преобладал в структуре эндогенных депрессий, тревожно-депрессивный синдром, хотя и превалировал как в группе больных ЧМТДР, также достаточно часто встречался в наиболее выраженной по интенсивности синдромальной картине и в группе пациентов с сочетанной патологией, достоверно отличая её от клинической картины мономорфной эндогенной и посттравматической депрессии. По уровню выраженности и частоте встречаемости деперсонализационно-депрессивного синдрома в клинической картине достоверных отличий между показателями в исследованных группах не отмечалось, что подтверждает представления некоторых авторов о нозологической неспецифичности деперсонализации [5, 6].

Частота встречаемости синдромов в структуре депрессий, сформировавшихся после ЧМТ (группа 1), эндогенных депрессивных расстройств (группа 2) и сочетания эндогенных депрессий с ЧМТ(группа 3)

Клиническая структура		ЧМТДР (гр.1) (n=21)	ЭДР (гр. 2) (n=21)	ЭДР+ЧМТ (гр. 3) (n=10)	Достоверность различий (p)
Синдромы	Меланхолический (%)	19	47,6	0	1-2<0,05 1-3<0,01 2-3<0,01
	Тревожно-депрессивный (%)	41,3	19,1	80	1-2<0,01 1-3<0,05 2-3<0,01
	Деперсонализационно-депрессивный (%)	10,5	14,3	10	–
	Атипичные депрессии (%)	28,6	19,05	10	–

Анализ особенностей клинической картины депрессии, установленной с использованием стандартизованной шкалы Гамильтона (см. табл. 2 и 3), показал, что наибольшая тяжесть депрессивных расстройств обнаруживается у пациентов третьей группы (ЭДР+ЧМТ), в которой все случаи наблюдений были отнесены к тяжелому депрессивному эпизоду. При этом средний балл выраженности депрессии у этих больных оказался наиболее высок, а усредненные значения практически всех рассчитываемых по методике дополнительных факторов с различной степенью достоверности превышали аналогичные показатели двух других групп.

При исследовании больных с помощью опросника депрессивных состояний ОДС

(табл. 3) частота выявления депрессий у пациентов группы ЧМТДР составила 95,2 % (у 20 человек показатели свыше +10 баллов по I шкале «Депрессия-Норма»), а у 1 пациента выявлены тенденции к депрессии (показатели в «зоне неопределенного результата»). В группе больных ЭДР этот показатель составил 90,5 %. У 2 пациентов этой группы с диагнозом шизоаффективного расстройства достоверный вывод о наличии депрессивного состояния не мог быть вынесен, поскольку результаты по шкале «Депрессия-Норма» составляли менее (-) 10 баллов. У больных с сочетанием ЭДР и ЧМТ депрессия по методике ОДС определялась в 100 % случаев.

По результатам анализа данных по II шкале методики ОДС («Невротический –

Таблица 2

Выраженность и структура депрессивных нарушений сформировавшихся после ЧМТ(группа 1), эндогенных депрессивных расстройств(группа 2) и сочетания эндогенных депрессий с ЧМТ(группа 3), установленных по основному и дополнительным факторам клинической стандартизованной шкалы Гамильтона

Основные и дополнительные факторы (в баллах)	ЧМТДР(1) (n=21)	ЭДР(2) (n=21)	ЭДР+ЧМТ(3) (n=10)	Достоверность различий (p)
Общий средний балл (по 1–21 пунктам)	21,86	23,67	28,1	1-3<0,02 0,05<2–3<0,1
F-1: фактор тревоги	4,33	3,1	4,3	–
F-2: фактор веса симптома	0,33	0,86	1,1	1-2<0,02 1-3<0,05
F-3: фактор особенностей мышления	4,48	3,52	5,2	–
F-4: фактор суточного ритма	3	3	3	–
F-5: фактор заторможенности	6,57	8,38	9,7	1-2<0,05 1-3<0,01 0,05<2–3<0,1
Ф-6: нарушения сна	2,33	3,1	3,5	–

Таблица 3

Сравнительная характеристика частоты выявления депрессий (по данным методики ОДС и клинической шкалы Гамильтона НАМ)

Методики обследования		Все депрессии		ЧМТДР (1) (n=21)		ЭДР (2) (n=21)		ЭДР+ЧМТ (3) (n=10)		Достоверность различий (p)
		n	%	n	%	n	%	n	%	
НАМ	Нет депрессии (<6 баллов)	0	0	0	0	0	0	0	0	–
	Малый эпизод (6–16 баллов)	8	15,4	4	19	4	19	0	0	1–3<0,01 2–3<0,01
	Большой эпизод (>16 баллов)	44	84,6	17	81	17	81	10	100	1–3<0,05 2–3<0,05
ОДС	Нет депрессии (<10 баллов по I шкале)	2	3,9	1	4,8	1	4,8	0	0	1–3<0,01 2–3<0,01
	Невротическая депрессия (–) по II шкале	35	67,3	18	85,7	11	52,3	6	60	2–3<0,1 1–2<0,05
	Психотическая депрессия (+) по II шкале	15	28,9	2	9,5	9	42,9	4	40	2–1<0,01 1–3<0,1 2–3<0,1

психотический уровень депрессии») установлено существенное преобладание больных с последствиями ЧМТ «невротических», малоструктурированных форм депрессий. По-видимому, это объясняется большей выраженностью астенического радикала и личностного компонента в клинической картине депрессивных расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы, для выявления которых, собственно, и предназначена данная методика [1, 4].

При сопоставлении данных, полученных по методикам НАМ и ОДС, обращает на себя внимание тот факт, что по данным методики клинической (фактически – объективной клинико-психопатологической в принятом в психиатрии смысле¹) оценки депрессии НАМ у пациентов каждой группы наиболее часто выявлялись более тяжелые формы депрессии. Однако по данным исследования по тестовой (субъективной самооценочной) методике ОДС, напротив, у пациентов всех трех обследованных групп преобладают более легкие формы депрессии (нарушения «невротического» уровня), достигая в группах ЧМТДР и ЭДР+ЧМТ статистически значимого уровня различия в частоте встречаемости. Тем не менее, среди пациентов с эндогенными депрес-

сиями, осложненными ЧМТ, доля тяжелых («психотических») состояний по данным методики ОДС остается достаточно значительной (40 % численности группы), статистически значимо отличая показатели данной группы от показателей больных группы ЧМТДР. Эти результаты, в своей совокупности, позволяют сделать вывод о том, что сочетание симптомов органической и эндогенной патологии ведёт к достоверному утяжелению клинической картины и, соответственно, требует к себе особого внимания специалистов.

Таким образом, проведенное исследование с наглядностью продемонстрировало, что клинико-анамнестический и клинико-психопатологический методы, по-прежнему оставаясь ведущими в определении нозологической специфичности депрессий, несомненно нуждаются в дополнительной объективизации, что обеспечивается применением стандартизованных клинических шкал и клинически ориентированных психодиагностических тестовых методик. И в этом контексте шкала клинической оценки депрессии Гамильтона хорошо служит для выявления и оценки степени тяжести депрессии, а самооценочный опросник депрессивных состояний ОДС помогает уточнить особенности клинического характера и струк-

¹ Объективной – в том числе и в плане, что оценку выносит врач – Субъект клинического процесса, который по сравнению с Субъектом (больным психическим заболеванием) считается более критичным (объективным) в оценке наблюдаемой психической патологией (прим. ред.).

туры депрессивных расстройств, особенно для случаев малоструктурированных депрессий [1, 3]. По-видимому, это можно объяснить тем, что конструктивная валидность методики ОДС основана на включении в число «мишеней» диагностики реактивного и побудительного аспектов эмоциональности при депрессии [1, 3], которые в большей степени страдают после экзакцербации (при черепно-мозговой травме), чем при эндогенных заболеваниях, что отдельно учитывается при анализе вклада когнитивных нарушений в генез депрессий при ЧМТ в целом [9]. Поэтому комплексное обследование больных с аффективными расстройствами настроения при отдаленных последствиях ЧМТ с привлечением как клинических (традиционных и стандартизованных – шкала Гамильтона, Бека, Шихана и др.), так и клинико-психологических (включая ОДС) методик позволяет достаточно объективно и развернуто проводить дифференциальную диагностику текущего депрессивного эпизода у конкретного больного. Полученные при этом результаты имеют немаловажное значение для эффективной терапии, экспертизы и реабилитации больных с различными в этиопатогенетическом плане вариантами депрессивных нарушений.

Литература

1. Беспалько, И.Г. *Опросник для психологической диагностики депрессивных состояний: методические рекомендации МЗ РФ* / И.Г. Беспалько. – СПб., 1995. – 23 с.
2. Багай, Т. *Диагностика и эпидемиология депрессивных расстройств* / Т. Багай, Х. Грунце и др. // *Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств: доклад Рабочей группы CINP на*

основе обзора доказательных данных. – М., 2008. – С. 18–27.

3. *Вассерман, Л.И. О соотношении клинико-психопатологической и психологической диагностики больных с посттравматическими и эндогенными депрессивными расстройствами* / Л.И. Вассерман, О.В. Голубчикова, О.Ю. Щелкова // *Сборник научных трудов, посвященных памяти проф. Ю.Л. Нуллера.* – СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2006. – С. 89–97.

4. *Вассерман, Л.И. Медицинская психодиагностика: теория, практика, обучение* / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – М.; СПб.: «Академия», 2003. – 736 с.

5. *Полищук, Ю.И. О недостаточности клинического метода в психиатрии* / Ю.И. Полищук // *Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева.* – 1991. – № 4. – С. 90–92.

6. *Смирнов, В.Я. К диагностике психозов отдаленного периода травматического поражения мозга* / В.Я. Смирнов и др. // *Труды Московского НИИ психиатрии.* – М., 1979. – С. 110–123.

7. *Fedoroff, J.P. Depression in patients with acute traumatic brain injury* / J.P. Fedoroff // *American journal of Psychiatry.* – 1992. – № 149. – P. 918–923.

8. *Hamilton, M. Development of a rating scale for primary depressive illness* / M. Hamilton // *Br. J. Soc. Clin. Psychol.* – 1967. – № 6. – P. 278–296.

9. *Owensworth, L. Depression after traumatic brain injury: conceptualisation and treatment considerations* / L. Owensworth // *Brain inj.* – 1998. – Vol. 12. – № 9. – P. 735–751.

Поступила в редакцию 20 марта 2010 г.

Голубчикова Ольга Валентиновна. Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования: 8(351)2719177.

Olga V. Golubchikova. Ph.D., assistant professor, chair of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology, Ural State Academy of Postdiplome Medical Education: 8(351)2719177.