

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ*В.А.Ташлыков*

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, Россия

CLINIC PECULIARITIES AND DEPRESSION THERAPY IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS*V.A.Tashlykov*

St-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies, Russia

© В.А.Ташлыков, 2010 г.

Статья посвящена особенностям депрессивных расстройств и их негативному влиянию на течение ревматоидного артрита. Описаны трудности диагностики депрессии при различных ее видах. Показано участие личностных и психосоциальных факторов в развитии депрессии. Представлены сведения об особенностях психотерапии и применении антидепрессантов в зависимости от клинических видов депрессии.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, депрессия, психотерапия, антидепрессанты

The article is devoted to the features of depression disorders and its negative influence on the rheumatoid arthritis current. Different kinds of depression diagnosis difficulties are described. The participation of personal and psychosocial factors in depression development is shown. The information of psychotherapy peculiarities and use of antidepressants in depending on clinical depression peculiarities are produced.

Key words: rheumatoid arthritis, depression, psychotherapy, antidepressants.

Депрессия является не только психиатрической, но и общей медицинской проблемой. Крупномасштабное клинко-эпидемиологическое исследование распространенности депрессии у пациентов соматического профиля, проведенное в нашей стране в 2002–2003 гг. в рамках программы «КОМПАС», показало, что расстройства депрессивного спектра отмечаются у 46% обследованных [2]. Проблема выявления депрессий в медицинской практике существенна. В многочисленных зарубежных исследованиях показано, что врачам общей практики удается диагностировать депрессивные расстройства приблизительно у половины пациентов медицинской сети с клинически значимой депрессией. При этом специфическое лечение по поводу депрессии проводится примерно в половине случаев от числа диагностированных и только в половине случаев это лечение эффективно. Врачи общей практики, к которым в первую очередь обращаются больные со стертыми аффективными расстройствами, нередко руководствуются представлениями о депрессиях с типичной картиной, в то время как существование легких и атипичных, в частности, «соматизированных» или «маскированных» форм остается вне их поля зрения. Частота «соматизированных», или скрытых депрессий превышает число явных в 10–20 раз. Этот вид депрессии распознается врачами общей практики лишь в 2% случаев.

Распространенность депрессивных расстройств при ревматоидном артрите (РА), как показывает анализ многочисленных исследований, имеет большой диапазон значений от 12,5% до 80% [1]. Однако в целом, депрессия у пациентов с РА встречается чаще, чем у соматически здоровых и у пациентов с другими соматическими заболеваниями. Природа депрессивных

расстройств при РА определяется взаимным влиянием соматогенных, психогенных и конституционально-личностных факторов. А тяжесть соматической патологии выступает также и фактором психической травматизации. В практике лечения больных РА выявляются, в соответствии с классификацией А.Б.Смулевича [4], различные виды депрессивных расстройств:

1) нозогенные депрессии, отражающие реакции личности на болезнь;

2) психогенные депрессии как дезадаптивные расстройства, связанные с негативным воздействием психосоциальных стрессов;

3) соматогенные депрессии, отражающие реакции головного мозга на биохимические и физиологические процессы хронического соматического заболевания;

4) эндогенные депрессии, среди которых чаще диагностируются «соматизированные», или скрытые депрессии. Сложность диагностики атипичных, или соматизированных форм депрессий обусловлена еще и наличием такой стабильной личностной характеристики как алекситимия, при которой пациент не может словесно описать свое душевное состояние и не жалуется на депрессию, а говорит лишь о слабости, упадке сил, дискомфортных или болевых ощущениях. При легкой депрессии алекситимия встречается в 60–70 % случаев. В фазе обострения РА у пациентов выявляется феномен «психосоматического расщепления», включающий астенический синдром, дополненный признаками депрессивного личностного расстройства [3]. Если в начале развития РА в психопатологической картине чаще проявляются как психогенные, так и нозогенные тревожные и депрессивные расстройства, то в дальнейшем течении заболевания степень депрессивных расстройств соматогенного

типа заметно возрастает, особенно при отсутствии эффекта лечения основного заболевания.

Как показали исследования, у больных РА диагностируются депрессивные расстройства широкого спектра в 44% случаев [1]. Личностная тревожность как стабильная характеристика достигает высокого уровня у большинства пациентов. Уровень как ситуативной, так и личностной тревожности заметно снижается по мере увеличения длительности заболевания, что отражает уменьшение выраженности нозогенной реакции личности в роли больного. Степень астенодепрессивных расстройств, напротив, возрастает. В этих случаях речь идет обычно о развитии так называемой вторичной дистимии — хронической депрессии с минимальной выраженностью депрессивных переживаний («матовая» тоска, пониженная самооценка, пессимизм) и преобладанием соматовегетативных симптомокомплексов (неприятные ощущения в различных частях тела, слабость, расстройства аппетита и сна). Иногда течение ревматоидного артрита сочетается с проявлениями субсиндромальных сезонных депрессий. Диагностические сложности здесь связаны в первую очередь с тем обстоятельством, что характерные для сезонного депрессивного расстройства симптомокомплексы выражаются преимущественно соматическими феноменами (прибавка веса, повышенная сонливость, утомляемость) нередко определяемыми как сезонная астения.

Группой зарубежных авторов [6] проведено исследование, в котором сравнили больных с РА и больных с остеоартрозом. Оба заболевания поражают суставы, сопровождаются болями и функциональной недостаточностью суставов. Это сходство гипотетически должно было бы уменьшить феномен различия реакции на болезнь, так как можно было ожидать, что больные обоими заболеваниями могут реагировать на болезнь сходно, а разница между ними может быть обусловлена преморбидными особенностями личности. По данным исследования, для больных ревматоидным артритом характерны уменьшенная эмоциональная реактивность, тенденция к депрессии, сравнительно меньший уровень тревожности, чем у больных с остеоартрозом. Больным остеоартрозом свойственны тревожность, тенденция к дисфории, а также выраженная агрессивность. Кроме того, глюкокортикоиды сами могут вызвать депрессию. Например, преднизолон в дозе более 30 мг/сут уже в начале лечения вызывает депрессию у 5–10% пациентов.

Клинические компоненты депрессии при РА включают обидчивость, плаксивость, чувство вины перед родными из-за несостоятельности и невозможности выполнения повседневной домашней работы, мысли о безвыходности своего положения, чувство одиночества и чувство неполноценности. Для личности больных РА характерны следующие черты: стойкие проявления обязательности, терпеливости, внешней уступчивости, сочетающиеся с тенденцией к подавлению всех своих агрессивных и враждебных реакций; потребность к самопожертвованию и стремление к оказанию помощи, соединенные с честолюбием и склон-

ностью к депрессивному настроению. В структуру факторов болевого синдрома может входить также хронически повышенное мышечное напряжение, вызванное длительным подавлением агрессивных импульсов, а также влияние психотравмирующих стрессов текущей жизненной ситуации.

Депрессия ухудшает течение соматической болезни и, усложняя ее клиническую картину, способствует повышению частоты обращений за медицинской помощью и проведение значительного числа ненужных исследований. Депрессия влияет также на длительность пребывания больных в соматическом стационаре и трудоспособность. Своевременная диагностика депрессий в ревматологии во многих случаях является решающим условием успешного лечения. Тезис о необходимости адекватной терапии (прежде всего, психофармакотерапии) депрессий, которой пациент должен быть обеспечен по месту обращения, то есть, прежде всего, в учреждениях общей медицинской практики, выдвинут в Докладе ВОЗ (2001) в качестве одной из первостепенных задач здравоохранения на ближайшее будущее. Надо согласиться с теми, кто говорит, что эта проблема до настоящего времени далека от разрешения. В качестве причин недостаточного выявления депрессий рассматривается лимит времени, отводимый врачу общей практики на обследование, предубежденность пациента против констатации психического расстройства, недостаточная осведомленность врача о клинике и диагностике атипичных депрессий.

Распространенность данной патологии, наличие психопатологических расстройств, малая курабельность и ранняя инвалидизация делают важным рассмотрение особенностей лечения больных РА. Качество жизни этих пациентов определяется как соматическими, так и в значительной мере психологическими факторами и тесно связано с наличием депрессивных расстройств. Речь идет о комплексном лечении, включающем, наряду с основной терапией, применение при необходимости психофармакотерапии и психотерапии [5]. В случаях депрессивных расстройств, сочетанных с тревожным аффектом, следует применять антидепрессанты, имеющие выраженный противотревожный компонент действия, в частности, amitriptilin в дозе 50–100 мг/сут, trazodon (треттико) — 150 мг, valdoxan — 25–50 мг, а также такие серотонинергические антидепрессанты как циталопрам (цитрамил) 20 мг/сут, ципралекс 10 мг/сут, пароксетин (паксил, рексетин) 20 мг/сут, сертралин (золофт, стимулотон) 50 мг/сут.

Если в депрессивном расстройстве у пациента с РА преобладала заторможенность, усталость, то наиболее адекватны такие антидепрессанты со стимулирующим компонентом действия как fluoksetin (прозак) в дозе 20 мг/сут, milnacipran (иксел) — 50 мг/сут, geptral 800 мг/сут. При сочетании депрессии и выраженного болевого синдрома могут быть эффективны такие антидепрессанты как amitriptilin в дозе 12,5–50 мг/сут, trazodon (треттико) 150 мг, mirtazapin (ремерон) 15 мг/сут, venlafaxin

(велаксин) 75 мг, дулоксетин (симбалта) — 30–60 мг. При использовании данных антидепрессантов отмечалось снижение скованности, уменьшение болей и улучшение сна. Обезболивающее действие других антидепрессантов не изучалось.

Для больных РА свойственно отсутствие активного поиска помощи в отношении своих эмоциональных расстройств, субъективные жалобы их скудны и однообразны. Чем определяется их согласие на психотерапию? Обычно эмоциональные мотивы лежат в основе принятия психотерапевтической помощи. Этот своеобразный запрос пациентов в отношении психотерапии определяется депрессивным самоощущением, чувством эмоционального дискомфорта, тревожностью, повышенной уязвимостью к стрессогенным жизненным ситуациям и ограничениям, вызываемым РА. Психотерапевтические задачи включают этот запрос, но также ориентированы на повышение самооценки, преодоление тревожного и депрессивного мышления (и поведения), приобретение навыков конструктивного контроля и совладания с негативными эмоциями. Поддерживающий психотерапевтический подход терапевта включает в себя эмпатическое (сопереживающее) выслушивание пациента, позволяющее ему выразить свои, обычно подавляемые и скрывающиеся переживания, в частности, чувства вины, злости, беспомощности и безнадежности, а также раскрыть конфликтные и трудные жизненные ситуации. Важным является также достижение ослабления

навязчивой фиксации на боли и мышечного напряжения при болевом синдроме, мобилизация психологических и социальных ресурсов пациента в целях повышения качества жизни.

Наряду с рациональной и когнитивной психотерапией, используется гипнотерапия, в частности при наличии выраженного болевого синдрома. В психотерапевтической работе на начальном этапе речь идет о коррекции внутренней картины болезни, осознании пациентом влияния на болезнь его способов реагирования на стрессовые ситуации, в том числе — на свое заболевание. Психотерапия направлена на преодоление депрессивного мышления и поведения, а также на выработку навыков релаксации, снятия стрессов, повышение самоконтроля и уменьшения ощущения непреодолимости боли. Гипнотерапия способствует повышению болевого порога и болевой толерантности с помощью технических приемов диссоциации, визуализации и прямой суггестии.

Таким образом, депрессивные расстройства при ревматоидном артрите имеют клинические и личностно-психологические особенности, влияющие на трудности в диагностике и терапии этого заболевания. Депрессия и связанные с ней психосоциальные факторы влияют на клиническое течение РА, в частности на уязвимость к стрессу, способствуя осложнениям и рецидивам заболевания. Поэтому существенна комплексная терапия депрессии с помощью психотерапии и применения антидепрессантов.

Литература

1. *Кремлева О.В.* Психотерапия в системе лечения больных ревматоидным артритом (с позиций биопсихосоциального подхода): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — СПб, 2004. — С. 48.
2. *Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смуглевич А.Б.* Результаты программы «Компас»//Кардиология. — 2004. №1. — С. 48–55.
3. *Симаненков В.И., Немировский В.С., Соловьева О.И.* Психосоматические особенности ревматоидного артрита // Психосоматическая медицина — 2008: Сборник материалов. III международный конгресс. — СПб.: Человек. — 2008. — С. 78.
4. *Смуглевич А.Б.* Депрессии в общей медицине. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 256 с.
5. *Таилыков В.А.* Депрессивные расстройства в практике терапевта. Учебное пособие. — СПб.: СПбМАПО, 2009. — 59 с.
6. *Pancheri P., Teodori S., Aparo U.I.* Psychological Aspects of Rheumatoid Arthritis vis-a-vis osteoarthritis/ — Scand. J. Rheum., 1978, v. 7, 31, p. 42–48.