

СТРЕССОВЫЕ ФАКТОРЫ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА: КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

О. А. Шеломкова, Д. Ю. Вельтищев, В. И. Васильев, Т. А. Лисицына,
О. Ф. Серавина, О. Б. Ковалевская, Е. Л. Насонов, В. Н. Краснов

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии,
НИИ Ревматологии РАМН*

Болезнь Шегрена (БШ) или первичный синдром Шегрена – аутоиммунное системное хроническое заболевание с лимфопролиферативным воспалением в экзокринных эпителиальных железах. Заболевание сопровождается развитием паренхиматозного сиаладенита (воспаление слюнных желез) и сухого кератоконъюнктивита, в связи с чем наблюдается нарастающая сухость слизистых рта, глаз и других органов [2, 3, 33, 37]. Кроме того, выделяют вторичный синдром Шегрена (СШ), сопутствующий другим ревматическим заболеваниям – ревматоидному артрит, системной красной волчанке, системной склеродермии. Встречаемость БШ среди населения колеблется в пределах 0,59–3,3%. Чаще заболевание выявляется после 50 лет – 2,7%. Преимущественно болеют женщины (в 10–25 раз чаще мужчин), у детей БШ встречается гораздо реже [2, 3, 37]. Несмотря на достаточно широкую распространенность, более чем в половине случаев БШ остается нераспознанной, в других случаях – до постановки верного диагноза иногда проходит несколько лет [11]. Началу заболевания, по сравнению с контрольной группой, в том числе, при сравнении с другими ревматическими заболеваниями, часто предшествуют различные стрессовые события [25, 28]. Кроме того, постоянный дискомфорт от ксерофтальмии и ксеростомии, а также дисфагии, диспареунии и медленно прогрессирующее течение БШ создает хроническую стрессовую ситуацию, вызывая тем самым депрессивные или тревожные реакции. Угроза осложнений, прежде всего, В-клеточных лимфом и генерализованных васкулитов, является еще одним фактором, провоцирующим тревогу [3, 4, 12, 17].

Частота встречаемости психических расстройств при БШ составляет около 30% [18, 30, 34], наиболее часто выявляют расстройства тревожно-депрессивного спектра (РТДС). По разным источникам, тревожные расстройства встречаются в 42–50%

[18, 24, 30, 38], депрессивные – в 20–44% [15, 24] случаев. Существенное значение придают выраженности усталости при БШ, которую наряду с показателями воспалительной активности, некоторые исследователи предлагают рассматривать в качестве одного из критериев выраженности заболевания [13, 39, 40]. Следует отметить, что астенический синдром имеет тесную связь с депрессивными расстройствами и наблюдается у большинства больных, страдающих ревматическими заболеваниями (РЗ) [20, 36]. Особое внимание при БШ уделяют когнитивным нарушениям (КН) [5, 30, 33–35, 38]. Предполагается, что КН и депрессия являются независимыми, но существенно перекрывающимися расстройствами, характерными для БШ [22]. Чаще КН связывают с ишемическим поражением ЦНС вследствие васкулита [11]. Среди свойственных БШ психопатологических нарушений некоторые исследователи обращают внимание на сравнительно высокую (около 30%) частоту встречаемости параноидных идей [19, 26, 27]. Неразвернутый параноидный синдром проявляется в виде мало систематизированных и систематизированных параноидных идей и интровертной враждебности. Результаты ряда исследований показывают, что субпсихотические состояния выявляют при БШ так же часто, как и РТДС [11, 27].

Целью исследования являлось установление частоты встречаемости психотравмирующих факторов, предшествующих началу БШ, с определением спектра характерных психических расстройств.

Характеристика обследованных больных и методов исследования

Исследование проводилось на базе лаборатории интенсивной терапии ревматических заболеваний НИИ Ревматологии РАМН, отбор пациентов проводился случайным образом как из больных находящихся в стационаре, так и получающих амбулаторную помощь.

Обследовано 50 больных, из них БШ – 43 (86%) и вторичным СШ, сочетанным с системной красной волчанкой (СКВ), – 7 (14%) больных. Все пациенты – женщины в возрасте от 18 до 64 лет, средний возраст составил $46 \pm 13,2$ лет. 28 (56%) больных находились в перименопаузальном периоде. Большинство пациенток имело высшее образование – 31 (62%), примерно в трети случаев (28%) – среднее специальное и 5 (10%) женщин имели среднее образование. Более половины больных (54%) не работали к моменту обследования, большая часть пациенток имела инвалидность, и только 18 (36%) обследованных занимались трудовой деятельностью.

Все пациенты были обследованы психиатром и психологом с применением клинико-психопатологического и экспериментально-психологического методов. В соответствии с аффективно-стрессовой моделью психических расстройств в ревматологической практике анализ психотравмирующих факторов и психического состояния проводился в зависимости от аффективности больных, выявляемой с применением блока проективных методик [4]. Психические расстройства диагностированы в соответствии с критериями МКБ-10 с применением полуструктурированного интервью, проводился анализ структуры и динамики вариантов психических расстройств. Для оценки психического состояния применялись следующие методики: Индекс хорошего самочувствия ВОЗ (WHO/WBI-5) [23], Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) [41], Шкала выраженности усталости (Fatigue Severity Scale – FSS) [29], Шкала тревоги Гамильтона (Hamilton Anxiety Rating Scale – HAM-A) [21], Шкала депрессии Монтгомери-Асберг (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale – MADRS) [32], Шкала восприятия стресса PSS10 [14]. Кроме того, использованы экспериментально-психологические методики: «Пиктограммы» [7, 10], оценка памяти (механической и ассоциативной), концентрации внимания и логического мышления [6, 8, 9].

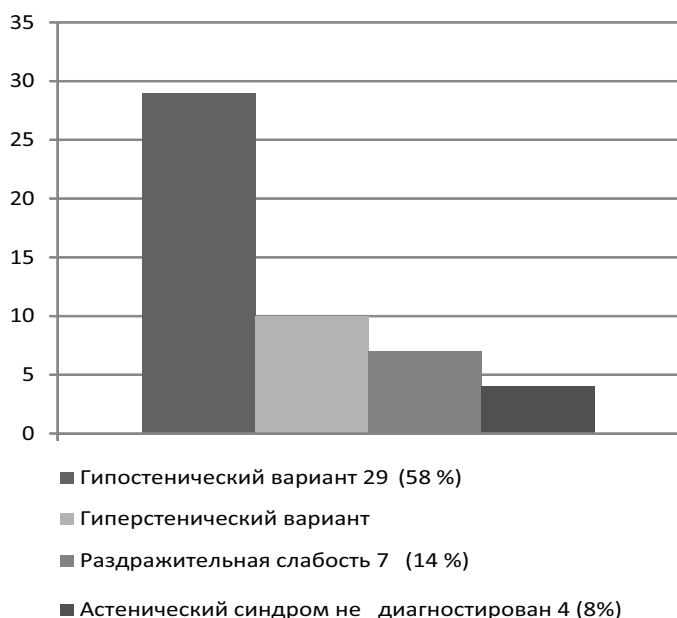
Для статистической обработки результатов использовались методы непараметрической статистики программы Statistica 6.0. При сравнении групп использовали критерий Манна-Уитни соответственно парному t-критерию. Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента корреляции Фишера и непараметрического коэффициента корреляции Спирмена. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты

Средний возраст начала БШ составил $34,3 \pm 14,0$ лет, при этом самое позднее начало ревматического заболевания определялось в 60 лет, а самое раннее – в 6 лет. Установлена положительная корреляционная

связь между возрастом начала психического расстройства и появления первых симптомов БШ (сухость рта, глаз, повторяющиеся неинфекционные паротиты и конъюнктивиты) ($p < 0,05$, $r = 0,7$). Длительность постановки диагноза БШ колебалась в пределах от нескольких месяцев до 17 лет, в среднем диагноз БШ определялся более чем через 9 лет после появления симптомов ($9,4 \pm 4,9$ лет). При этом в случае сочетания СШ с СКВ на постановку диагноза уходило меньше времени, чем в случае БШ – $2,69 \pm 2,85$ против $8,15 \pm 4,84$ соответственно ($p < 0,01$), что, по-видимому, объясняется большей выраженностью симптомов ревматического заболевания в случае сочетания с СКВ. Для большинства больных диагностическая неопределенность являлась значимым психотравмирующим фактором (в ряде случаев предполагалось наличие онкологического заболевания), провоцирующим снижение настроения и тревожные реакции. Почти в трети случаев (14; 28%) пациенты обращались за помощью к психиатру в связи со сниженным настроением, тревожными реакциями, паническими атаками и нарушениями сна и получали психофармакологические препараты. В основном обращения к психиатру были уже на фоне РЗ – 11 (22%), в том числе в двух случаях больные госпитализировались в психиатрический стационар. До манифеста БШ обращений к психиатру было значительно меньше – 2 (4%). Помимо этого в 3 (6%) случаях больные самостоятельно принимали решение о приеме транквилизаторов. 6 (12%) больных совершили в прошлом суицидальные попытки – в основном в ответ на острые стрессовые события, по поводу которых пациенты лечились в отделениях интенсивной терапии либо дома. Кроме того, у двух (4%) больных в прошлом отмечались суицидальные мысли и планы, 2 больных (4%) не скрывали наличие антивитаальных мыслей ранее. Эти данные косвенно подтверждают наличие стрессовых реакций и депрессивных состояний в анамнезе.

Во время первичной консультации большинство больных (31; 62%) активно не предъявляли врачу ни одной жалобы на психическое состояние, а более чем у половины обследованных (32; 64%) отмечалась анозогнозия психического расстройства. У трети больных (15; 30%) наблюдалось активное нежелание обсуждать проблемы психического здоровья, проявляющееся дисфорическими реакциями и негативизмом. В последующем необходимые разъяснения с привлечением клинико-психологических методик позволяли улучшить контакт с больными, стимулируя рефлексию психических проблем. Большинство больных (68%) обращало внимание на выраженную усталость, которая мешала выполнению ежедневных обязанностей по дому, на работе или учебе. Наиболее часто встречающимся вариантом астенического синдрома (по Бадмас, 1961) был гипосте-



Варианты астенического синдрома

нический вариант (рисунок). Как правило, именно с усталостью больные связывали невозможность заниматься трудовой деятельностью. Характерно, что наличие усталости больные чаще связывали с РЗ. Средний балл по шкале усталости составил $4,2 \pm 1,9$, при этом более половины (30; 60%) больных отмечали клинически значимую усталость (≥ 4 баллов по шкале FSS).

Анализ результатов экспериментально-психологического исследования показал доминирование апатической аффективности среди пациентов (41 больной – 82%). Тоскливый вариант выявлен у 7 (14%) обследованных и всего в 2 (4%) случаях – тревожный.

Результаты психопатологической диагностики в соответствии с критериями МКБ-10 показали преобладание расстройств, отнесенных к РТДС (39; 78%) среди обследованных больных (табл. 1). Наиболее часто встречалась дистимия (9; 18%), расстройство адаптации с тревожно-депрессивной симпто-

матикой (8; 16%), немного реже – генерализованное тревожное расстройство (7; 14%). Рекуррентное депрессивное расстройство умеренной тяжести встречалось у 6 (12%) больных, в одном случае (2%) – с психотическими симптомами. Депрессивный эпизод легкой степени выявлен у 2 (4%) больных, эпизод средней степени диагностирован у 5 (10%), из них у трех больных (6%) – с затяжным течением, и у двух (4%) больных отмечался депрессивный эпизод тяжелой степени.

У 9 пациентов (18%) диагностировано шизотипическое расстройство. Для больных характерна социальная изоляция в виде сокращения контактов с окружающими, размышления больных носили навязчивый, без внутреннего сопротивления, характер. Нередко больные шизотипическим расстройством выглядели чужаками или излишне эксцентрично. Встречались единичные квази-психотические эпизоды, например, слуховые обманы восприятия императивного характера («Прыгни с платформы!»), а также неразвернутые идеи воздействия и величия с тенденцией к бредообразованию, однако не достигающие уровня очерченных бредовых идей, характерных для параноидной шизофрении. Отмечался стойкий, но достаточно ограниченный характер данных идей, имелась настороженность, иногда раздражительность или дисфорические реакции, в частности, по поводу лекарственных назначений. Вышеописанная симптоматика соответствует рубрике «шизотипическое расстройство» по МКБ-10. Необходимо отметить, что у всех больных шизотипическим расстройством выявлялась тревога и/или депрессия. Лишь у 2 (4%) больных из 50 психического расстройства не было выявлено (табл. 1). Психическое состояние больных на момент обследования преимущественно определялось тревожно-тоскливым (66%), реже – тревожно-апатическим (22%) и тоскливым (8%) вариантом (табл. 1). Следует отметить, что БШ и СКВ с сочетанным СШ значимо не различались как по встречаемости психических расстройств, так и их вариантов ($p > 0,05$).

Таблица 1

Психопатологические варианты психических расстройств при БШ

Диагноз по МКБ-10	Всего n (%)	Тревожно-тоскливый n (%)	Тревожно-апатический n (%)	Тоскливый n (%)
Рекуррентное депрессивное расстройство средней тяжести	6 (12,0%)	3 (50,0%)	2 (33,3%)	1 (16,6%)
Депрессивный эпизод легкой степени	2 (4,0%)	1 (50,0%)	0	1 (50,0%)
Депрессивный эпизод средней степени	5 (10,0%)	5 (100,0%)	0	0
Депрессивный эпизод тяжелой степени	2 (4,0%)	2 (100,0%)	0	0
Депрессивный эпизод (всего)	15 (30,0%)	11 (73,3%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)
Дистимия	9 (18,0%)	6 (66,6%)	1 (11,1%)	2 (44,4%)
Расстройство адаптации	8 (16,0%)	8 (100,0%)	0	0
Генерализованное тревожное расстройство	7 (14,0%)	7 (100,0%)	0	0
Шизотипическое расстройство	9 (18,0%)	1 (11,1%)	8 (88,9%)	0
Психических расстройств не выявлено	2 (4,0%)	0	0	0

Анализ самоотчета больных в соответствии с результатами опросников показал более низкие показатели частоты встречаемости РТДС. Средний показатель тревоги по HADS составил $8,2 \pm 4,11$ балла, депрессии по той же шкале – всего $4,26 \pm 3,44$ балла. Частота высокой вероятности выявления РТДС составила 76,0%. Вероятность выявления тревожного расстройства – 44,0%, депрессии – 18,0%, включая тревожную депрессию – 14,0%. Чувствительность HADS при выявлении депрессии составила 35,7%, специфичность – 86,7%, чувствительность при оценке тревоги – 46,7%, специфичность – 80,0%. Согласно результатам скрининговой шкалы WHO/WBI-5 в 34,0% (17 больных) можно было говорить о высокой вероятности наличия большого депрессивного расстройства, чувствительность этой шкалы составила 25,0%, а специфичность – 50,0%.

При этом по шкале тревоги HAM-A тревога выявлена у большинства больных (45; 90,0%), из них у 14 (28,0%) – выраженная тревога, и только у 5 (10,0%) больных тревога отсутствовала. По шкале депрессии MADRS у 28 больных (56,0%) выявлена депрессия. Эти результаты свидетельствуют о нарушенном восприятии больными своего состояния, даже при наличии выраженной тревоги и депрессии больные чаще оценивали свое состояние как нормальное, что приводило к существенному расхождению самооценки своего состояния с результатами психопатологической диагностики. При этом, однако, данные HADS и скрининговой шкалы WHO/WBI-5 имели значимую корреляционную связь с результатами оценки выраженности тревоги и депрессии по шкале Монтгомери-Асберг ($r=0,3$ и $r=-0,4$ соответственно) и по шкале тревоги HAM-A ($r=0,48$ и $r=-0,43$ соответственно). Кроме того, установлено, что выраженность усталости (по шкале FSS) коррелировала с показателями выраженности депрессии по скрининговой шкале WHO/WBI-5, а также с выраженностью тревоги по HAM-A и депрессии по шкале MADRS, что указывает на связь одной из основных жалоб на усталость с психическим расстройством, а именно – с выраженностью тревоги и депрессии. По результатам диагностических шкал и клинико-психопатологической оценки можно сделать вывод, что для БШ характерны тревожный, депрессивный, астенический, а также неразвернутый параноидный синдромы.

КН (нарушение исполнительных функций, памяти, внимания, мышления) различной степени выраженности наблюдались практически у всех больных, при этом выраженные и умеренные нарушения встречались более чем в трети случаев (33,6%) и характеризовались нарушением логического мышления и затруднением обобщений. В остальных случаях (17,3%) КН либо отсутствовали, либо носили невыраженный характер. Выявлено, что при более выраженных КН чаще встречалась

ассоциативная гипомнезия ($p<0,05$). Выраженные и умеренно выраженные КН наблюдались одинаково часто при любом состоянии независимо от преобладания тревоги или депрессии, кроме шизотипического расстройства – в этом случае они встречались значимо чаще и были более выражены ($p<0,05$). Не отмечалось значимых различий по выраженности КН у больных БШ и СКВ с СШ. Выраженность КН коррелировала с результатами шкалы HAM-A, WHO-5, HADS как по подшкале тревоги, так и депрессии ($r=0,32$).

Для всех больных определена существенная значимость психотравмирующего фактора в дебюте БШ. Несмотря на то, что психотравмирующие факторы формально различались по остроте, в большинстве случаев неожиданные острые ситуации имели затяжное действие. Наиболее значимым являлся семейный стрессовый фактор (18,3%). В эту категорию включены такие стрессовые ситуации как болезнь или смерть близких родственников, конфликтные ситуации в семье с детьми или родителями, вынужденная разлука с родственниками. Кроме того, 9 (18%) больных сообщали о конфликтных межличностных отношениях, суть которых состояла в отчуждении женщины в отношениях с мужчиной: при формальном стремлении к близости, отмечалось неполное восприятие женской роли, принятой в обществе, которое приводило к различным конфликтам вплоть до разрыва отношений. Такая травмирующая ситуация была обозначена как гендерный стресс, что подчеркивает отличие данной травмирующей ситуации от неопределенных внутрисемейных проблем. Гендерный стресс – это хронический психотравмирующий фактор, при котором ставится жизненная цель (стать женой и матерью), а полноценного усвоения пола на психологическом уровне в полной мере не произошло. Чуть менее значимыми были служебные и социальные стрессовые ситуации (16; 32% больных): понижение социального статуса, смена работы, серьезные конфликтные ситуации на работе, а в некоторых случаях – угроза преследования со стороны правоохранительных органов, в ряде случаев военные действия, свидетелями которых были больные. У 7 больных (14%) в качестве психотравмирующего фактора выявлялось хирургическое вмешательство, в частности, экстирпация матки или аборт. Стрессовые факторы различались также по своей структуре. Как «угрозу» оценивали ситуацию 20 (40%) обследованных больных, «утрата» имела место в 19 (38%) случаях, «фрустрация» в 8 (16%) случаях, а для 3 (6%) больных – травмирующую ситуацию можно назвать катастрофой. Установлено, что психотравмирующие ситуации утраты, фрустрации и катастрофы чаще носили острый характер, угроза имела преимущественно хроническое воздействие ($p<0,05$).

Наличие психотравмирующих ситуаций в течение последних двух месяцев, предшествовавших обследованию, было выявлено у 48 больных (96,0%), что существенно превышало долю собственно стрессовых расстройств, в частности, расстройств адаптации в обследованной группе. Стрессовые реакции, в основном, были связаны с хроническими ситуациями (37,8%), острые психотравмирующие ситуации встречались значительно реже (11,3%) – табл. 2. Значение оценочной шкалы восприятия стресса PSS-10 в среднем составило $16,9 \pm 6,04$ баллов, что говорит о выраженности стрессового состояния и тревоги. При этом 17 (34%) пациентов имели, согласно шкале PSS-10, высокий уровень повседневного стресса (≥ 20 баллов).

Таблица 2

Психотравмирующие ситуации, предшествующие дебюту БШ

Тип психотравмирующей ситуации, n=50	Тип ситуации			
	Утрата n=19 (34,0%)	Угроза n=20 (40,0%)	Фрустрация n=8 (16,0%)	Катастрофа n=3 (6,0%)
Семейная, n=18	8 (44,4%)	9 (50,0%)	1 (5,6%)	0
Социальная, n=16	0	8 (50,0%)	6 (37,5%)	2 (12,5%)
Гендерная, n=9	6 (66,7%)	3 (33,3%)	0	0
Хирургическое вмешательство, n=7	5 (71,4%)	0	1 (14,3%)	1 (14,3%)

Следует также отметить, что существенную роль в формировании предрасположенности к повышению чувствительности к стрессовым ситуациям и развитию РТДС играла ранняя детская депривация (до 7 лет) – смерть одного из родителей, развод родителей, либо длительная разлука с одним из родителей, были выявлены у 32 (64,0%) обследованных. В более позднем возрасте (от 7 до 10 лет) депривация выявлена у 21 (42,0%) больного. При этом повторные депривации в детском возрасте выявлены почти у половины (24; 48,0%) больных БШ.

Обсуждение

Исследование показало высокую частоту встречаемости психических расстройств у больных БШ. Отмечено частое временное совпадение действия значимых психотравмирующих событий, дебюта БШ и РТДС. Кроме того, отмечена высокая встречаемость текущих неразрешенных психотравмирующих факторов на момент обследования. С точки зрения эффекта накопления стресса [11], важную роль играет наличие ранней детской депривации, когда психотравмирующее событие в детском возрасте приводит к нейротоксическому эффекту стрессовых гормонов, что влечет повышение чувствительности к стрессовым факторам во взрослом возрасте.

В данном исследовании ранняя детская депривация выявлена более чем у половины пациентов, высока частота повторных деприваций. Возможно, что эффект детской депривации является общим звеном предрасположения к депрессии и РЗ. Серьезной проблемой, являющейся дополнительным фактором затяжного течения психотравмирующей ситуации, с формированием «порочного круга», остается длительный срок постановки диагноза, что отчасти можно объяснить стертой симптоматикой в дебюте болезни, игнорированием характерных признаков как пациентами, так и врачами.

Аффективно-стрессовая модель психических расстройств при ревматических заболеваниях позволяет определить индивидуальную направленность терапевтических подходов. Выявленное в исследовании доминирование апатической аффективности больных БШ во многом определяет особенности восприятия и реагирования на стрессовые факторы [4]. В частности, гендерный стрессовый фактор можно объяснить характерным для многих больных БШ безразличием к полу. Кроме того, высокая частота встречаемости шизотипического расстройства с характерной апатией в структуре расстройства, во многом объясняется предрасположением в виде апатической аффективности. Столь высокая частота встречаемости шизотипического расстройства при БШ подтверждает данные литературы и, возможно, является одной из отличительных черт БШ. Как показали результаты, при БШ наиболее часто встречались тревожные и депрессивные расстройства, что также подтверждает результаты других исследований [11, 18, 24, 30, 38]. Большая часть психических расстройств носила хронический характер, включая рекуррентное депрессивное расстройство и дистимию. Характерно, что по данным опросника HADS выявлен более высокий уровень тревоги, по сравнению с депрессией, что косвенно указывает на значимость для больных именно тревожных состояний. Более низкие показатели депрессии можно объяснить затяжным характером течения (дистимия, затяжной депрессивный эпизод), когда больные в некотором смысле «смиряются» со своим состоянием и воспринимают его как нормальное и обыденное. Кроме того, не исключено влияние затяжных стрессовых ситуаций, которые были актуальны для большинства больных и тем самым создавали дополнительное основание для тревожных реакций на фоне привычной хронической субдепрессии и провоцировали развитие выраженных депрессивных состояний. С выраженностью тревоги и депрессии связана также одна из характерных жалоб больных – усталость как проявление астенического синдрома.

Несмотря на то, что около трети больных ранее имели проблемы психического здоровья и получали специфическое лечение, большинство пациентов не предъявляли жалоб. Данный факт можно объяснить

отсутствием запроса у больных на лечение у психиатра и «перекладывание» большинства симптомов, таких как усталость, сниженное настроение и тревога, на долю БШ. Кроме того, необходимо учитывать частую встречаемость и выраженность КН, что также не может не влиять на адекватность оценки собственного состояния. КН, высокая встречаемость которых была подтверждена нашим исследованием, существенно влияют на другие, в частности, поведенческие проявления психических расстройств при БШ. В исследовании показана значимая связь выраженности КН с выраженностью тревоги. Возможно, именно РТДС являются основной причиной частой встречаемости КН при БШ.

Влиянием КН объясняют неадекватные реакции на стрессовые события и неудовлетворительные стратегии преодоления тяжелых жизненных ситуаций, а также снижение трудоспособности, приводящее к инвалидизации [25].

Полученные результаты подтверждают необходимость комплексного подхода к диагностике психических расстройств при БШ с применением клинико-психопатологического и психологического метода. Такая диагностика позволяет проводить дифференцированное лечение пациентов с применением различных терапевтических тактик с использованием психофармакологических препаратов и психотерапевтических методик.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бамдас Б.С. Астенические состояния. М.: Медгиз, 1961. 203 с.
2. Васильев В.И. Болезнь Шегрена // Русский медицинский журнал. 1998. № 18. С. 1206–1210.
3. Васильев В.И. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика болезни Шегрена // Ревматология. 2008. Т. 16, № 10. С. 638–649.
4. Вельтищев Д.Ю., Марченко А.С., Серавина О.Ф. и соавт. Аффективно-стрессовая модель депрессии: практическое внедрение в ревматологической практике // Психиатрия психофармакотерапия. 2009. Т. 11, № 5. С. 17–22.
5. Евменова Н.Н., Гурвич В.Б. Взаимодействие стоматологического и психического статусов при синдроме и болезни Шегрена // Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии. 1989. Т. 4, № 1. С. 143–145.
6. Зейгарник Б.В. Патология мышления. М., 1962.
7. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. М., 1962.
8. Простые аналогии. Альманах психологических тестов. М., 1995. С. 127–130.
9. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. М., 2004.
10. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний. Киев, 1988.
11. Шеломкова О.А., Вельтищев Д.Ю., Васильев В.И., Лисицына Т.А. Стрессовые факторы и психические расстройства при болезни Шегрена: современные направления исследований // Научно-практическая ревматология. 2012. № 5.
12. Ampelas J., Wattiaux M., Van Amerongen A. Psychiatric manifestations of systemic lupus erythematosus and Sjögren's syndrome // Encephale. 2001. Vol. 27. P. 588–599.
13. Barendregt P., Visser M., Smets E. Fatigue in primary Sjögren's syndrome // Ann. Rheumatol. Dis. 1998. Vol. 57, N 5. P. 291–295.
14. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress // J. Health Soc. Behav. 1983. Vol. 24, N 4. P. 385–396.
15. Cox P., Hales R. CNS Sjögren's syndrome: an underrecognized and underappreciated neuropsychiatric disorder // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 1999. Vol. 11. P. 241–247.
16. Delalande S., de Seze J., Fauchais A.L. et al. Neurologic manifestations in primary Sjögren syndrome: a study of 82 patients // Medicine. 2004. Vol. 83, N 5. P. 280–291.
17. Dohrenbusch R., Grueterich M., Genth E. Fibromyalgia and Sjögren syndrome – clinical and methodological aspects // J. Rheumatol. 1996. Vol. 55, N 1. P. 19–27.
18. Drosos A.A., Angelopoulos N. Personality and psychopathology in patients with primary Sjögren's syndrome // Ter. Arkh. 1988. Vol. 60, N 4. P. 49–52.
19. Drosos A.A., Andonopoulos A.P., Lagos G. et al. Neuropsychiatric abnormalities in primary Sjögren's syndrome // Clin. Exp. Rheumatol. 1989. Vol. 7, N 2. P. 207–209.
20. Gudbjornsson B., Broman J.E., Hetta J. et al. Sleep disturbances in patients with primary Sjögren's syndrome // Br. J. Rheumatol. 1993. Vol. 32, N 12. P. 1072–1076.
21. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating // Br. J. Med. Psychol. 1959. Vol. 32, N 1. P. 50–55.
22. Harboe E., Tjensvoll A.B., Maroni S. et al. Neuropsychiatric syndromes in patients with Systemic Lupus Erythematosus and primary Sjögren's Syndrome – A comparative population-based study // Ann. Rheumatol. Dis. 2009. Vol. 68, N 10. P. 1541–1546.
23. Hewlett S., Hehir M., Kirwan J.R. Measuring fatigue in rheumatoid arthritis: a systematic review of scales in use // Arth. Care. Res. 2007. Vol. 57, N 3. P. 429–439.
24. Hietaharju A., Yli-Kerttula U., Hakkinen V., Frey H. Nervous system manifestations in Sjögren's syndrome // Acta Neurol. Scand. 1990. Vol. 81, N 2. P. 144–152.
25. Hyphantis T., Mantis D., Voulgari P.V. et al. The psychological defensive profile of primary Sjögren's syndrome patients and its relationship to health-related quality of life // Clin. Exp. Rheumatol. 2011. Vol. 29, N 3. P. 485–493.
26. Inal V., Kitapcioglu G., Karabulut G. et al. Evaluation of quality of life in relation to anxiety and depression in primary Sjögren's syndrome // Mod. Rheumatol. 2010. Vol. 20, N 6. P. 588–597.
27. Jiunn-Horng Kang, Heng-Ching Lin. Comorbidities in patients with primary Sjögren's syndrome: a registry-based case-control study // J. Rheumatol. 2010. Vol. 37, N 6. P. 1188–1194.
28. Karaiskos D., Mavragani C.P., Makaroni S. Stress, coping strategies and social support in patients with primary Sjögren's syndrome prior to disease onset: a retrospective case-control study // Ann. Rheum. Dis. 2009. Vol. 68, N 1. P. 40–46.
29. Krupps L.B., La Rocca N.G., Muir-Nash J., Steinberg A.D. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus // Arch. Neurol. 1989. Vol. 46. P. 1121–1123.
30. Malinow K.L., Molina R., Gordon B. et al. Neuropsychiatric dysfunction in primary Sjögren's syndrome // Ann. Intern. Med. 1985. Vol. 103, N 3. P. 344–350.
31. Mauch E., Volk C., Kratzsch G. et al. Neurological and neuropsychiatric dysfunction in primary Sjögren's syndrome // Acta Neurol. Scand. 1994. Vol. 89, N 1. P. 31–35.
32. Montgomery S.A., Asberg M.A. New depression scale designed to be sensitive to change // Br. J. Psychiatry. 1979. Vol. 134. P. 382–389.
33. Moutsopoulos H., Youinou P. New developments in Sjögren's syndrome // Curr. Opin. Rheumatol. 1991. Vol. 3. P. 815–822.
34. Mukai M., Sagawa A., Baba Y. Neuro-psychiatric symptom associated with primary Sjögren's syndrome // Ryumachi. 1990. Vol. 30, N 2. P. 109–118.
35. Segal B., Bowman S.J., Fox Ph.C. et al. Primary Sjögren's Syndrome: health experiences and predictors of health quality among patients in the United States // Health Qual. Life Outcomes. 2009. Vol. 7. P. 46.
36. Theander L., Strombeck B., Mandl T. et al. Sleepiness or fatigue? Can we detect treatable causes of tiredness in primary Sjögren's syndrome? // Rheumatol. 2010. Vol. 49, N 6. P. 1177–1183.
37. Valtysdottir S.T. Primary Sjögren's Syndrome. Clinical studies with reference to hormonal status, psychiatric symptoms and well-being. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the faculty of Medicine 984 // Acta Univer. Upsaliensis. Uppsala, 2001.
38. Valtysdottir S.T., Gudbjornsson B., Lindqvist U. et al. Anxiety and depression in patients with primary Sjögren's syndrome // J. Rheumatol. 2000. Vol. 27. P. 9.
39. Vriezekolk J.E., Geenen R., Hartkamp A., Godaert G.L. Psychological and somatic predictors of perceived and measured ocular dryness of patients with primary Sjögren's syndrome // J. Rheumatol. 2005. Vol. 32, N 12. P. 2351–2355.
40. Westhoff G., Dörner T., Zink A. Fatigue and depression predict physician visits and work disability in women with primary Sjögren's syndrome: results from a cohort study // Rheumatol. 2012. Vol. 51, N 2. P. 262–269.
41. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatr. Scand. 1983. Vol. 67. P. 361–370.

СТРЕССОВЫЕ ФАКТОРЫ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА: КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

О. А. Шеломкова, Д. Ю. Вельтищев, В. И. Васильев, Т. А. Лисицына, О. Ф. Серавина,
О. Б. Ковалевская, Е. Л. Насонов, В. Н. Краснов

В статье проводится анализ частоты встречаемости стрессовых факторов и психопатологических расстройств при системном ревматическом заболевании – болезни Шегрена. Рассмотрены основные варианты психических расстройств и их связь с психотравмирующими факторами и клиническими особенностями болезни Шегрена. Особое внимание уделено ранним детским психическим травмам в формировании предрасположенности к аффективным расстройствам. Ре-

зультаты исследования подтверждают аффективно-стрессовую модель психических расстройств при системном ревматическом заболевании.

Ключевые слова: болезнь Шегрена, стрессовые факторы, астенические расстройства, депрессивные расстройства, тревожные расстройства, шизотипическое расстройство, когнитивные нарушения.

STRESS FACTORS AND MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH SJÖGREN DISEASE: CLINICAL, PSYCHOPATHOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL ANALYSIS

O. A. Shelomkova, D. Yu. Veltischev, V. I. Vasilyev, T. A. Lisitsyna, O. F. Seravina, O. B. Kovalevskaya,
E. L. Nasonov, V. N. Krasnov

The researchers analyze the prevalence of stress factors and psychopathological disorders in patients with systemic rheumatic disorder called the Sjögren disease. They consider most common mental disorders in connection with traumatic factors and clinical characteristics of the Sjögren disease. Special attention is paid to the childhood trauma and its

role in development of vulnerability for affective disorders. The results of investigation confirm the affective-stress model of mental disorders in this systemic rheumatic disorder.

Key words: the Sjögren disease, stress factors, asthenic disturbances, depressive disorder, anxiety disorder, shizotypal disorder, cognitive disorders.

Шеломкова Ольга Александровна – аспирант отдела стрессовых расстройств ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: shelomkovaolga@gmail.com

Вельтищев Дмитрий Юрьевич – профессор, доктор медицинских наук, заведующий отделом стрессовых расстройств ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: dveltishchev@gmail.com

Васильев Владимир Иванович – профессор, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории интенсивной терапии ревматических заболеваний ФГБУ «НИИР» РАМН

Лисицына Татьяна Андреевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории системных ревматических заболеваний отдела сосудистой патологии ФГБУ «НИИР» РАМН; e-mail: talisitsyna@rambler.ru

Серавина Ольга Феликсовна – научный сотрудник отдела стрессовых расстройств ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ковалевская Оксана Борисовна – научный сотрудник отдела стрессовых расстройств ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Насонов Евгений Львович – академик РАМН, профессор, доктор медицинских наук, директор ФГБУ «НИИР» РАМН.

Краснов Валерий Николаевич – профессор, доктор медицинских наук, директор ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: krasnov@mtu-net.ru