

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Зеленин К.А., Ковалев Ю.В., Трусов В.В.

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск,
psy.igma@yandex.ru

Обследованы 103 пациента, страдающих сахарным диабетом (СД) 2 типа (86 женщин и 17 мужчин, средний возраст – $53,8 \pm 6,3$ лет). Возникновение и прогрессирования тревожных расстройств связано со взаимодействием психосоциальных, личностных и соматогенных факторов. Установлены психопатологические особенности и варианты тревожных расстройств у больных СД. Выявленные взаимосвязи между вариантами тревожных расстройств и клиническими параметрами СД позволяют более дифференцированно подходить к психофармакологической и психотерапевтической помощи на различных этапах течения СД.

Ключевые слова: тревожные расстройства, сахарный диабет.

ANXIETY DISORDERS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Zelenin K.A., Kovalev U.V., Trusov V.V.

Izhevsk state medical academy, Izhevsk, psy.igma@yandex.ru

103 patients with diabetes of 2 type were examined (86 women and 17 men, whose average age is $53,8 \pm 6,3$ years). The genesis and the progressing of anxious disorders is connected with correlation of psychosocial, personal and somatogenic factors. There were specified psychopathologic features and variants of anxious disorders of these patients. Discovered correlations in variants of anxious disorders and in clinical parameters of diabetes mellitus give more differential way of psychopharmacological and psychotherapeutic help during different stages of diabetes.

Keywords: anxiety disorders, diabetes mellitus.

Сахарный диабет (СД) представляет собой одно из наиболее распространенных хронических соматических заболеваний, имеющих большое социальное, экономическое и общемедицинское значение. Немногочисленные исследования свидетельствуют о повышенном риске развития тревожных расстройств у больных СД 2 типа [1, 6]. В эпидемиологических исследованиях [7] диагностика тревожных расстройств прово-

дится при помощи диагностических шкал, что не даёт четкого представления о нозологии рассматриваемых нарушений.

Большинство отечественных и зарубежных работ посвящено изучению депрессий у больных СД [3, 9]. Тем не менее установлено, что тревога предшествует развитию депрессии [4], в частности у больных СД 2 типа в 50% случаев [8], а тревожные расстройства без депрессии встречаются

у 60% больных СД 2 типа [2]. Это подчеркивает важность выявления тревожных расстройств, распознавания тревожного этапа, или продрома аффективного расстройства для предупреждения более сложных клинических явлений [5].

Наличие тревожно-депрессивных расстройств увеличивает риск развития и прогрессирования осложнений СД: артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и инсульта, являющихся основной причиной смерти у данных больных. Однако проблема выявления тревожных расстройств у больных СД на ранних стадиях далека от своего разрешения.

Цель исследования

Исходя из вышеизложенного, целью настоящего исследования явилось выявление клиничко-психопатологических особенностей тревожных расстройств у больных сахарным диабетом 2 типа и их взаимосвязей с клиническими параметрами эндокринного заболевания.

Материал и методы исследования

Комплексное клиничко-психопатологическое и клиничко-психологическое исследование проведено среди 103 больных СД 2 типа, имеющих признаки тревожных расстройств, из них — 86 женщин (83,6%) и 17 мужчин (16,4%), средний возраст которых составил $53,8 \pm 6,3$ лет.

Больные проходили курс планового стационарного лечения в специализированных эндокринологических отделениях в период с 2007 по 2010 гг. Диагноз СД 2 типа верифицировался согласно критериям ВОЗ (1999) врачами-эндокринологами. Все больные дали информированное согласие на участие в исследовании.

Преобладали пациенты среднего, наиболее трудоспособного возраста — от 44 до 59 лет (72 человека, 69,9%). Отмечен высокий образовательный ценз исследуемой группы больных СД (среднеспециальное — 56,3%, высшее — 12,6%), свидетельствующий о том, что больные являются представителями значимого в социальном плане контингента. Неполное среднее и среднее образование отмечено у 32 (31,1%) обследованных. Большинство пациентов состояло в браке (84 человека, 81,6%), вдовство отмечено у 13,6%, холосты — 4,8%.

Длительность сахарного диабета колебалась от 1 месяца до 29 лет и в среднем составила $10,1 \pm 0,5$ лет. Длительность СД менее 10 лет отмечена у 54 (52,4%) больных, свыше 10 лет — у 49 (47,6%) пациентов. Доминировали больные со средней и тяжелой степенью тяжести СД — 77 и 21 (74,8% и 20,4%) больных соответственно. Легкая степень тяжести СД отмечена у 5 (4,8%) человек.

Основным методом исследования являлся клиничко-психопатологический. Нозологическая оценка наблюдаемых случаев проводилась в соответствии с принятыми в отечественной психиатрии диагностическими критериями. Диагностика тревожных расстройств осуществлялась с помощью критериев МКБ-10. Для оценки тяжести состояния применялся клиничко-психометрический метод с использованием шкал Гамильтона для оценки тревоги (HARS) и депрессии (HDRS-17).

Полученные данные анализировались следующими статистическими методами: межгрупповые различия изучались с использованием критерия Колмогорова-Смирнова,

а множественные межгрупповые — критерия Краскела-Уоллиса; для анализа взаимной зависимости признаков использовались ранговые корреляции Спирмена, однофакторный дисперсионный анализ ANOVA. Статистический анализ осуществляли с помощью программы Statistica 6.0.

Из выборки исключали лиц с иными категориями нарушения углеводного обмена (СД на фоне генетических дефектов, заболеваний поджелудочной железы, эндокринных заболеваний, СД беременных); с ишемической болезнью сердца, хронической почечной недостаточностью; с наличием в анамнезе инсультов и инфарктов; с тяжелой сопутствующей соматической патологией, а также больных с такими тяжелыми психическими патологиями, как эндогенные психозы, расстройства личности, психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ, умственная отсталость.

Результаты исследования

В соответствии с основным диагнозом (МКБ-10) доминировали больные со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (F41.2) — 39,8% и генерализованным тревожным расстройством (F41.1) — 32,0%. В рамках расстройств адаптации отмечены смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22) у 12 (11,7%) больных и другие реакции на тяжелый стресс (F43.8) у 17 (16,5%) больных, куда были отнесены нозогенные реакции, возникающие в связи с тяжелым соматическим заболеванием. Сахарный диабет в связи с отсутствием этиопатогенетических способов лечения в данном случае выступает в качестве психотравмирующего события.

Преобладали лица с длительностью тревожных расстройств от 6 месяцев до 2-х лет (57 человек, 55,3%), у 32 (31,1%) больных длительность психических нарушений не превышала 6 месяцев, у 14 (13,6%) была более 2-х лет.

Среди симптомов тревожных расстройств с наибольшей частотой регистрировались быстрая утомляемость (усталость, слабость, повышенная истощаемость) — 94 (91,3%) пациента; нарушение сна в виде трудностей засыпания («ранняя» бессонница) и беспокойный сон с частыми пробуждениями — 91 (88,3%); повышенная раздражительность и нетерпеливость — 90 (87,4%); сильная потливость — 85 (82,5%); болевые или неприятные ощущения в груди — 83 (80,6%); головные боли с чувством напряжения — 82 (79,6%); тревожное настроение с чувством внутреннего волнения, беспокойство и неспособностью расслабиться — 82 (79,6%); затруднения в сосредоточении внимания — 78 (75,6%) пациентов. Данные жалобы могут быть использованы для экспресс-диагностики тревожных расстройств у больных СД 2 типа врачами общей практики в условиях соматического стационара.

Уровень тревоги по шкале Гамильтона в обследуемой группе пациентов варьировал от 11 до 38 баллов, в среднем — $24,1 \pm 0,5$ балла. Уровень депрессии по шкале Гамильтона колебался от 3 до 34 баллов, в среднем — $16,1 \pm 0,5$ балла. Данные корреляционного анализа показали положительные связи уровня тревоги с выраженностью депрессии ($r=0,72$, $p<0,001$), что подтверждается данными литературы о высокой коморбидности этих нарушений.

Психосоциальные стрессовые факторы оказывают значительное влияние как на возникновение тревожных расстройств, так и на стабильность течения СД. Психотравмирующие факторы выявлены у 74 (71,8%) больных, в большинстве случаев (52 больных, 50,5%) стрессовая ситуация носила хронический, в остальных 21,3% случаев (22 больных) острый характер.

Исследование особенностей психогенных конфликтных ситуаций показало, что у 44 (42,7%) больных проблема определялась трудностями семейно-бытовых отношений, нозогенные (связанные с наличием СД) отмечены у 23 (22,3%), у 7 (6,8%) доминировали проблемы в профессиональной сфере.

Анализ типов личности больных изученной выборки позволил сделать вывод, что они представлены в основном аномалиями психастенического круга (35, 33,9%), к которым в соответствии с современными классификациями относят тревожные, ананкастные и зависимые типы личности. Также высок процент с циклоидным (29, 28,2%) и эпилептоидным (22, 21,3%) типами личности. Значительно реже встречались истероидные — 6,8%, астенические — 5,9% и шизоидные — 3,9% личностные типы.

Типология тревожных расстройств у больных сахарным диабетом 2 типа

Выделение вариантов тревожных расстройств было произведено на основании анализа их психопатологической структуры с выделением ведущих синдромов. У больных СД ввиду большой общности симптомы тревоги и депрессии не могут быть рассмотрены изолированно, поэтому был произведен анализ показателей шкал Гамильтона

для оценки тревоги (HARS) и депрессии (HADS-17).

У больных СД 2 типа были выделены следующие психопатологические варианты тревожных расстройств: астено-тревожный (7,8%), тревожно-субдепрессивный (28,2%), тревожный (41,7%) и тревожно-меланхолический (22,3%).

Между указанными психопатологическими вариантами выявлены различия в длительности СД ($p < 0,01$), выраженности симптомов тревоги (HARS) и депрессии (HDRS) ($p < 0,01$), длительности имеющихся тревожных расстройств ($p < 0,001$). Установлено, что по мере увеличения длительности СД наблюдается нарастание выраженности симптомов тревоги и депрессии в ряду астено-тревожный, тревожно-субдепрессивный, тревожный, тревожно-меланхолический варианты тревожных расстройств ($p < 0,01$).

Астено-тревожный вариант выявлен у 8 (7,8%) человек, средний возраст больных СД составил $55,1 \pm 2,2$ лет, средняя продолжительность СД — $5,6 \pm 1,2$ лет, длительность тревожных расстройств — $2,2 \pm 0,4$ месяца. Только один больной имел группу инвалидности. Большинство (5 человек, 62,5%) принимали таблетированные сахароснижающие препараты.

Тревога при оценке по шкале Гамильтона имела субсиндромальную выраженность ($12,6 \pm 0,6$ баллов), уровень депрессии находился в пределах нормы ($5,3 \pm 0,4$ баллов). Данный вариант характеризовался наличием чётких астенических проявлений в виде физической и психической слабости, повышенной утомляемости. У всех больных отмечалась повышенная истощаемость, головные боли с чувством напряжения. Раздражи-

тельность имела ситуационную обусловленность. Отмеченные затруднения засыпания у 4 (50,0%) человек были связаны с появлением мыслей и воспоминаний о прошедшем дне, обдумыванием предстоящих событий. Тревога не носила витального характера, не отмечалось наличия панических приступов и фобий. Пациенты описывали свое состояние как озабоченность различными жизненными ситуациями, при этом тревога была предметной, чаще касалась реальных событий и трудностей, серьезность которых преувеличивалась. Вегетативные проявления тревоги были не выражены.

Тревожно-субдепрессивный вариант выявлен у 29 (28,2%) пациентов. Средний возраст больных в этой группе — $51,6 \pm 1,3$ лет, длительность СД — $7,8 \pm 0,9$ лет, длительность тревожных расстройств — $8,4 \pm 1,1$ месяца. В связи со стойкой утратой трудоспособности 13 (44,7%) больных имели 2 и 3 группы инвалидности. В качестве основной сахароснижающей терапии 14 (48,3%) больных принимали инсулин, 12 (41,4%) таблетированные препараты.

Тревога при оценке по шкале Гамильтона имела субсиндромальную выраженность ($18,4 \pm 0,5$ балла), уровень депрессии характеризовался как легкий и был равен $12,5 \pm 0,8$ балла.

В клинической картине на первый план в этой группе больных выступала тревожность с ощущением внутреннего беспокойства, напряженности, взвинченности, потребности постоянной деятельности, возникающего в покое беспокойства, нередко сочетаясь со вспышками раздражительности, нарушение концентрации внимания. Данные симптомы были легко или умерен-

но выражены и не приводили к нарушению социальной адаптации больных.

Когнитивный компонент был представлен тревожными опасениями за собственное здоровье, будущее, возможность профессиональной деятельности. У 57,1% больных данные переживания носили нозогенный характер и были связаны с ухудшением соматического состояния и появлением осложнений СД. Тревожная симптоматика, связанная с манифестацией осложнений, дополнялась танатофобией — 8 (27,6%), опасениями беспомощности при прогрессировании ухудшении состояния — 2 (6,9%), страхом потери зрения — 5 (17,4%), страхом гипогликемических ком — 2 (6,9%), а также эпизодическими нестойкими страхами инъекций инсулина — 3 (10,3%). Тревога касалась реальных трудностей и проблем, однако их степень преувеличивалась, выражаясь в гипертрофированной оценке угрожающих здоровью последствий заболевания.

Тревожная симптоматика дополнялась явлениями гипотимии, которые не достигали уровня заверщенного депрессивного синдрома. Характерные значимые признаки депрессии (тоска, патологический суточный ритм, идеи самообвинения, суицидальные мысли, ранние пробуждения с депрессивными руминациями) отсутствовали. Обнаружена связь гипотимии с соматическим неблагополучием: так, при ухудшении соматического состояния отмечалось нарастание апатии, подавленности, у 3 (10,3%) больных отмечалось снижение аппетита. При утяжелении соматического состояния больные отмечали нарастание адинамии, безучастности к окружающему, затруднения в выполнении привычных дел. На фоне

гипергликемических состояний отмечалось усиление раздражительности, вспыльчивости, происходили конфликты с родственниками, после гипогликемических состояний возникали апатия и тревога.

Тревожный вариант выявлен у 43 (41,7%) больных СД. Средний возраст составил $54,1 \pm 0,8$ лет, длительность СД с момента диагностики — $10,7 \pm 0,9$ лет, длительность тревожных расстройств — $11,0 \pm 0,9$ месяца. В связи со стойкой утратой трудоспособности 25 (58,0%) пациентов имели 2 или 3 группу инвалидности. В качестве основного сахароснижающего лечения 38 (88,4%) принимали препараты инсулина, из них 6,9% в качестве комбинированной с таблетированными препаратами терапии.

Тревога при оценке по шкале Гамильтона была значительно выражена и достигала $27,3 \pm 0,5$ балла, уровень депрессии приближался к умеренному ($16,5 \pm 0,8$ балла). Тревожная симптоматика выступала в клинической картине на первый план и заслоняла симптомы депрессии и при этом обнаруживала с ней слабую связь ($r = 0,23$, при $p < 0,05$), что свидетельствует о ведущей роли тревоги в формировании психических нарушений при данном варианте.

Тревожный вариант характеризовался преобладанием собственно аффекта тревоги с чувством внутреннего волнения, беспокойства, с предчувствием надвигающейся беды и неприятностей. Больные осознавали чрезмерность своей обеспокоенности и неспособность справиться с ней собственными силами. 16 (37,2%) больных затруднялись связать тревожные чувства с каким-либо конкретным событием, так как тревога имела генерализованный характер («свободно-

плавающая»), тревожные опасения распространялись на широкий круг повседневных событий и проблем, из которых проблемы со здоровьем и наличием СД явно не выделялись.

На фоне генерализованной тревоги отмечалось появление эпизодической пароксизмальной тревоги в виде страхов (у 9 пациентов, 20,8%) и панических приступов — также у 9 (20,8%) пациентов. Страхи распространялись на широкий круг ситуаций и были представлены изолированными фобиями, носящими приходящий характер и возникающими в момент контакта с объектом, вызывающим страх. При этом не происходило формирования избегающего поведения.

Тревожно-меланхолический вариант выявлен у 23 (22,3%) больных, средний возраст — $54,1 \pm 1,2$ лет, длительность СД с момента диагностики — $13,8 \pm 1,6$ лет, длительность тревожных расстройств — $23,8 \pm 2,5$ месяца. В связи со стойкой утратой трудоспособности 13 (56,4%) больных имели группу инвалидности. В качестве основного лечения 19 (82,6%) больных принимали препараты инсулина, 13,0% — таблетированные препараты.

Тревога по шкале Гамильтона была значительно выражена — $29,1 \pm 0,8$ балла, уровень депрессии приближался к тяжелому — $24,7 \pm 0,6$ балла. Депрессивная симптоматика выступала в клинической картине на первый план, сосуществуя с симптомами тревоги и образуя с последней тесные связи ($r = 0,86$; $p < 0,05$). Тяжелая степень (свыше 24 баллов по шкале депрессии Гамильтона) депрессии была выявлена у 8 (34,8%) больных.

Аффективный компонент переживаний больных этой группы характеризовался до-

минированием тоски и тревоги. Больные отмечали, что окружающее воспринимается ими в «чёрном свете», отсутствует чувство радости, происходящие события не вызывают положительных эмоций. Субъективно пациенты испытывали потерю активности, ощущение ненужности, отмечали пессимистические взгляды на будущее, потерю веры в дальнейшее улучшение состояния и течения СД, чувство безысходности.

У всех отмечалась некоторая идеаторная заторможенность, проявляющаяся в замедлении речи, в затруднении сосредоточения внимания. Наблюдалось снижение двигательной активности, замедленность движений, обеднение мимики. На фоне сниженного настроения присоединялся страх смерти (8,7%), страх оказаться в ситуации, когда помощь будет невозможной (13,0%), пациенты боялись выходить одни из дома, одни оставаться дома, просили родных сопровождать их.

Больные отмечали «внутреннюю дрожь», постоянное беспокойство, нервозность, эмоциональную несдержанность, повышенную раздражительность, невозможность расслабиться, ожидание неприятностей. В течение дня тревога носила постоянный характер.

Вегетативные симптомы проявлялись широким спектром соматовегетативных ощущений: потливостью, дискомфортом в эпигастральной области, сухостью во рту, головокружением, сердцебиением, онемением в руках и ногах.

Взаимосвязь психопатологических вариантов и клинических параметров СД.

С целью выявления предрасположенности к возникновению того или иного варианта

были проанализированы психосоциальные и клинические параметры больных СД.

Установлено, что астено-тревожный и тревожно-субдепрессивный варианты наиболее характерны для больных с длительностью СД до 1 года (77,0%) и от 1 до 5 лет (57,1%) ($p < 0,05$), имеющих легкое течение СД (70,0%) ($p < 0,05$), принимающих таблетированные препараты (68,0%) ($p < 0,05$) и имеющих в характере эпилептоидные черты (50,0%).

Тревожный вариант наиболее характерен для больных с длительностью СД от 1 до 5 лет (42,9%) и от 6 до 10 лет (52,4%) ($p < 0,05$); с СД средней (43,1%) и тяжелой (57,1%) степени тяжести ($p < 0,05$), получающих инсулинотерапию (49,3%) ($p < 0,05$), имеющих в качестве психотравмирующих моментов проблемы в семейной сфере (50,0%) или затрудняющихся указать причину изменения психоэмоционального состояния (43,2%), с доминированием в характере психастенических черт (48,6%) ($p < 0,05$).

Тревожно-меланхолический вариант характерен для больных, страдающих СД более 10 лет (у 39,5%), с тяжелым течением СД (33,4%), указывающих на проблемы со здоровьем (27,3%) или конфликты в семейной сфере (25,0%).

Заключение

Таким образом, по мере прогрессирования СД конкретные тревожные опасения или реакции на очевидные стимулы при астено-тревожном и тревожно-субдепрессивном варианте (присоединение осложнений, ухудшение состояния, первое поступление в стационар) в дальнейшем при тревожном варианте превращаются в генерализованную («свободноплавающую») тревогу, где

ее объекты уже более или менее случайны и множественны. При отсутствии своевременных и адекватных терапевтических действий тревожные расстройства тяготеют к трансформации в депрессивные состояния при тревожно-меланхолическом варианте, что проявляется нарастанием выраженности уровня депрессии. Данные динамические особенности тревоги и трансформация ее в депрессивные состояния согласуются с теорией «фактора общего дистресса», который лежит в основе этих двух аффективных феноменов. Выявленные особенности взаимосвязей тревожных расстройств и клинических проявлений СД позволили выделить группы больных, в наибольшей степени нуждающихся в консультативной психиатрической помощи. Выделение психопатологических вариантов тревожных расстройств у больных СД позволяет дифференцированно подходить к психофармакологической и психотерапевтической помощи на различных этапах течения СД.

Список литературы

1. Бобров А. Е. Тревожные расстройства: их систематика, диагностика и фармакотерапия // Рос. мед. журн. — 2006. — 14 (4). — С. 328-332.
2. Володина М. Н. Распространенность непсихотических психических расстройств при сахарном диабете / М. Н. Володина, Е. Г. Старостина, Е. Н. Мошняга // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах: материалы общероссийской конференции, 27-30 окт. 2009 г. — М., 2009. — С. 13-14.
3. Дробижев, М. Ю. Отношение к лечению у больных сахарным диабетом. Влияние сопутствующих депрессивных и тревожно-фобических расстройств / М. Ю. Дробижев, М. Б. Анциферов // Проблемы эндокринологии. — 2002. — № 5. — С. 37-39.
4. Калинин В. В. Коморбидность в психиатрии: взгляд на проблему // Рос. мед. журн. — 1998. — Т. 1. — № 6.
5. Краснов В. Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — № 3. — С. 33-39.
6. Almawi W. Association of comorbid depression, anxiety, and stress disorders with Type 2 diabetes in Bahrain, a country with a very high prevalence of Type 2 diabetes / W. Almawi, H. Tamim, N. Al-Sayed et al. // J. Endocrinol. Invest. — 2008. — 31: 1020-1024.
7. Collins M. Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes / M. Collins, P. Corcoran, I. Perry // Diabet Med. — 2009. — Feb. — 26 (2): 153-61.
8. Fisher L. A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with Type 2 diabetes / L. Fisher, M. Skaff, J. Mullan, // Diabet Med. — 2008. — September. — 25 (9): 1096-1101.
9. Lustman P. Sertraline for prevention of depression recurrence in diabetes mellitus: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial / P. Lustman, R. Clouse, B. Nix, et al. // Arch Gen Psychiatry. — 2006. — May. — 63 (5): 521-529.