DOI 10.34883/Pl.2021.12.4.015
УДК 616.899.2:616.89-008.454-072.87

Жигар А.М., Королёва Е.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Zhyhar A., Koroleva E.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Психодиагностика депрессии у лиц с умственной отсталостью

Psychodiagnostics of Depression in Persons with Mental Retardation

Резюме

Практически все психические и поведенческие расстройства могут быть диагностированы у пациентов с умственной отсталостью, в том числе частота депрессии, которая, по разным данным, составляет от 2,2% до 15,8%. Существует тенденция считать все психопатологические симптомы у таких пациентов проявлениями умственной отсталости. Диагностический процесс затрудняет также частота атипичной картины депрессии. Аффективные расстройства у таких пациентов могут быть недиагностированы, что оказывает непосредственное влияние на качество оказания им медицинской помощи. Для оценки симптомов депрессии у пациентов с умственной отсталостью могут быть использованы инструменты, как используемые в общей популяции, так и специально разработанные. В статье перечислены наиболее популярные методы психодиагностики депрессии у лиц с умственной отсталостью. При выборе метода психодиагностики важно учитывать степень умственной отсталости, способность пациентов к вербализации своих переживаний. Своевременная диагностика депрессии существенно улучшит качество оказания медицинской помощи пациентам с умственной отсталостью.

Ключевые слова: депрессия, умственная отсталость, психодиагностика депрессии.

Abstract

Almost all mental and behavioral disorders can be diagnosed in patients with mental retardation, including the frequency of depression, which, according to various sources, ranges from 2.2% to 15.8%. There is the tendency to regard all psychopathological symptoms in such patients as manifestations of mental retardation. The diagnostic process is also complicated by the frequency of the atypical picture of depression. Affective disorders in such patients may not be diagnosed, which has a direct impact on the quality of medical care provided to them. To assess the symptoms of depression in patients with mental retardation, both the tools used in the general population and specially designed tools can be used. The article lists the most popular methods of assessment of depression in persons with mental retardation. When choosing a method of assessment, it is important to take into account the degree of mental retardation, the patients' ability to verbalize their experiences. Timely diagnostics of depression will significantly improve the quality of medical care for patients with mental retardation.

Keywords: depression, mental retardation, psychodiagnostics of depression.

Умственная отсталость (УО) – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей [1].

В 2018 г. в Республике Беларусь число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом УО составило 40,8 на 100 тыс. населения (для сравнения, шизофрения – 18,2 на 100 тыс.). Всего на диспансерном учете в конце 2018 г. состояло 30 137 лиц с УО (318,1 на 100 тыс. населения) [2]. Отметим, что по официальным статистическим данным пациентов с УО примерно на 50% больше, чем пациентов с шизофренией. Однако вопросам психического здоровья лиц с УО уделяется значительно меньше внимания, в том числе в научных исследованиях. До сих пор не утратила актуальности метафора, предложенная почти 100 лет назад Говардом Поттером, который назвал УО «беспризорным ребенком психиатрии» и пророчил ей судьбу Золушки, которая однажды займет подобающее ей место на балу психического здоровья. Стоит отметить, что в мире научный интерес к УО в последние десятилетия растет, это выражается в увеличении исследований и публикаций, в создании специализированных научных журналов, посвященных сугубо вопросам УО. В русскоязычной литературе в настоящее время УО в большей степени является объектом внимания дефектологии, которая изучает закономерности психического развития, а также занимается вопросами воспитания, обучения и социальной адаптации детей и подростков с УО.

Длительное время существовала тенденция считать все психопатологические симптомы, имеющиеся у лиц с УО, проявлениями данного заболевания. В настоящее время это представление является устаревшим. Практически все психические и поведенческие расстройства могут быть диагностированы у пациентов с УО, более того, их частота по меньшей мере в 3–4 раза выше, чем в общей популяции [1]. Сопутствующие психические и поведенческие расстройства могут оказывать значительное влияние на клиническую картину, социальную адаптацию и качество жизни таких пациентов. Доступность и качество оказания психиатрической и психотерапевтической помощи таким пациентам во многом зависит от выявления сопутствующих психических и поведенческих расстройств.

В различных исследованиях показано, что частота депрессии у пациентов с УО составляет от 2,2% до 15,8%. Разница в полученных данных зачастую объясняется различными подходами к диагностике депрессии у данной категории пациентов. Трудность диагностического процесса, которую отмечают все исследователи, приводит к снижению выявляемости депрессии при УО [3].

Низкая диагностика сопутствующей психической патологии у пациентов с УО обусловлена рядом факторов. Важным фактором является наличие когнитивного дефицита разной степени выраженности, который затрудняет или делает невозможной вербализацию пациентами с УО своих переживаний. В решении данной проблемы важна роль лиц, которые находятся в тесном контакте и осуществляют уход за пациентами с УО, однако зачастую они не обладают необходимыми знаниями для того, чтобы заметить и/или правильно интерпретировать имеющиеся

симптомы [4]. Не менее важным фактором является то, что врачи могут интерпретировать любые психопатологические проявления у данной категории пациентов скорее как симптомы УО, нежели симптомы сопутствующего психического расстройства [5]. Также врачи могут чрезмерно полагаться на жалобы, которые предъявляет сам пациент, не учитывая ограниченную способность к вербализации лиц с УО. Очевидно, что данные факторы особенно значимы при диагностике депрессии у лиц с более глубоким когнитивным дефектом и играют меньшую роль у лиц с легкой УО [6]. Имеющиеся в настоящее время данные в пользу того, что депрессия чаще встречается при легкой и умеренной УО, чем при тяжелой и глубокой, не могут быть однозначно интерпретированы как реальные различия, так как не исключен фактор несовершенства диагностического процесса. Диагностический процесс может быть затруднен тем, что по мере увеличения степени выраженности УО возрастает вероятность атипичной клинической картины депрессии.

В плане диагностики депрессии у пациентов с легкой и умеренной УО проделано много работы по адаптации диагностического процесса под особенности данной категории пациентов.

Для оценки депрессии у пациентов с УО могут быть использованы инструменты, которые используются для оценки депрессии в общей популяции. Однако это возможно только для лиц с легкой УО и со значительной осторожностью в плане интерпретации результатов. В общей популяции часто применяются методы оценки депрессии, основанные на самоотчете. Очевидно, что данные методы не могут быть применены у лиц, которые имеют проблемы с вербальной коммуникацией. Также данные, полученные с помощью подобных инструментов, могут быть невалидными из-за недостаточного понимания лицами с УО формулировок диагностического инструмента (например, могут быть использованы слишком сложные для понимания данными лицами абстрактные понятия, фразы могут быть слишком длинными и сложными грамматически). Пациент с УО может отвечать на вопросы, не понимая их сути. В связи с этим были разработаны инструменты, специально предназначенные для диагностики депрессии у лиц с УО.

Скрининговые инструменты, которые будут описаны ниже, предназначены для оценки не только симптомов депрессии, но и других психопатологических проявлений. Данные инструменты не являются основанием для постановки диагноза, а указывают на необходимость более тщательного обследования. Они не занимают много времени, могут быть использованы широким кругом лиц (их использование не требует специальной подготовки). Наиболее известными скрининговыми инструментами, предназначенными для оценки депрессии у лиц с УО, являются PIMRA, Reiss Screen, ADD и Mini PAS-ADD.

Одним из первых стандартизированных инструментов, предназначенных для оценки психопатологических проявлений у лиц с УО разной степени выраженности, является PIMRA (the Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults). Психопатологические проявления оцениваются лицами, которые находятся в тесном контакте с пациентами (родственниками, медицинскими работниками) либо самими пациентами (есть две разные версии, версия для самооценки предназначена для лиц с легкой УО). Симптомы депрессии оценивает одна из субшкал

данного инструмента (субшкала аффективных расстройств). Субшкала аффективных расстройств содержит 7 вопросов и не является однородной, так как оценивает симптомы депрессии и мании. Данные по оценке психометрических характеристик обеих версий инструмента противоречивы.

Reiss Screen (the Reiss Screen for Maladaptive Behaviour) – скрининговый инструмент, предназначенный для оценки вероятных психопатологических симптомов у лиц с УО информантами. Инструмент содержит 38 утверждений. Оценка симптомов депрессии производится по одной из шкал.

ADD (Assessment of Dual Diagnosis) содержит 79 пунктов (основаны на симптомах, представленных в DSM-IV), которые образуют 13 диагностических категорий, одной из которых является шкала депрессии.

Набор по данным шкалам некоего порогового значения не означает наличие у испытуемого депрессии, а предполагает последующее более тщательное обследование на предмет подтверждения либо исключения данного диагноза.

Существуют инструменты, предназначенные для постановки диагноза депрессии у лиц с УО. Эти инструменты могут быть использованы только специалистами в данной области. Они значительно сложнее, чем скрининговые инструменты, включают в себя весь спектр симптомов депрессии, четко прописанные правила, по которым врач может определить, соответствует ли пациент представленным критериям или нет.

Таким инструментом является PAS-ADD (The Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability), который был разработан специально для лиц с УО. Использование данного инструмента позволяет сделать процесс диагностики более объективным и обоснованным в такой достаточно сложной клинической ситуации, как диагностика депрессии у пациентов с УО. PASS-ADD представляет собой полуструктурированное интервью, которое проводится либо с самим пациентом, либо с информантом, если вербальный контакт с пациентом невозможен или значительно затруднен. Оцениваемые симптомы депрессии полностью соответствуют диагностическим критериям МКБ-10 и DSM-V. Существуют еще две версии данного инструмента: Mini PAS-ADD и PAS-ADD Checklist (скрининговый инструмент).

Шкала депрессии Глазго для лиц со сниженной обучаемостью (the Glasgow Depression Scale for People with a Learning Disability (GDS-LD)). Данная шкала представляет собой самоопросник. Имеет хорошую ретестовую надежность ($r=0,97$) и внутреннюю согласованность (альфа Кронбаха = 0,90). По данным различных исследований чувствительность 89–96% и специфичность 82–90% (при пороге отсечения 13) [7, 8]. Имеется также вариант данной шкалы, предназначенный для оценки симптомов депрессии лицами, осуществляющими уход за пациентами, – Glasgow Depression Scale – Caregiver Supplement (CGDS).

SAINT – еще один инструмент, который был разработан для того, чтобы помочь пациентам с УО распознать симптомы эмоционального дистресса (the Self Assessment and Intervention). Данный инструмент представляет собой самоопросник, имеет хорошую внутреннюю согласованность [9].

Для диагностики депрессии у лиц с легкой и умеренной УО может быть использована шкала депрессии Бека. Ее чувствительность и специфичность соответствуют таковым шкалы депрессии Глазго [10].

Особую проблему представляет диагностика депрессии у пациентов с тяжелой и глубокой УО. Такие пациенты не способны или способны ограниченно вербализировать свои переживания. Некоторые симптомы депрессии не могут быть выявлены у лиц с тяжелой и глубокой УО (например, суицидальные мысли, чувство безнадежности). Исследователи предлагают вместо них использовать поведенческие эквиваленты (например, агрессивное поведение, самоповреждения, снижение активности), однако методологически и концептуально данный вопрос нельзя считать полностью решенным. У пациентов с тяжелой и глубокой умственной отсталостью в плане диагностики депрессии применение описанных выше инструментов ограничено. Более перспективным и обоснованным представляется использование инструментов, основанных на выявлении изменений поведения, однако методологически и концептуально данный вопрос нельзя считать полностью решенным [11].

В русскоязычной литературе вопросам диагностики и лечения депрессии при УО уделяется крайне мало внимания. Актуальным является вопрос разработки оригинальных либо адаптации имеющихся зарубежных методов психодиагностики депрессии, использование которых повышает выявляемость данной патологии, что существенно повысит качество оказания помощи пациента с УО.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. World Health Organization (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization.
2. Ministry of Health of the Republic of Belarus (2019). Public health in the Republic of Belarus. An official statistics collection, 2018. State Institution «Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health».
3. Hermans H., Evenhuis H.M. (2013). Factors associated with depression and anxiety in older adults with intellectual disabilities: Results of the healthy ageing and intellectual disabilities study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 28(7), pp. 691–699.
4. Mileviciute I., Hartley S.L. (2015) Self-reported versus informant-reported depressive symptoms in adults with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 59(2), pp. 158–169.
5. Rush K.S., Bowman L.G., Eidman S.L., Toole L.M., Mortenson B.P. (2004). Assessing psychopathology in individuals with developmental disabilities. *Behavior Modification*, vol. 28, pp. 621–637.
6. Scott H., Haverkamp S.M. (2015). The Diagnosis of Depression in People with Severe Limitations in Intellectual Functioning. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, vol. 8 (3–4), pp. 168–185.
7. Cuthill F.M., Espie C., Cooper S. (2003). Development and psychometric properties of the Glasgow Depression Scale for people with a Learning Disability. Individual and carer supplement versions. *Br J Psychiatry*, vol. 182, pp. 347–353.
8. Hermans H., Evenhuis H. (2010). Characteristics of instruments screening for depression in adults with intellectual disabilities: systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, vol. 31, Issue 6, pp. 1109–1120.
9. Chaplin E., Craig T., McCarthy J., Bouras N. (2017). The SAINT: A Guided Self-Help Approach for People With Intellectual Disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, vol. 10, pp. 237–252.
10. McGillivray J.A., McCabe M.P. (2007). Early detection of depression and associated risk factors in adults with mild/moderate intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, vol. 28(1), pp. 59–70.
11. Ross E., Oliver C. (2003). The assessment of mood in adults who have severe or profound mental retardation. *Clinical Psychology Review*, vol. 23, pp. 225–245.

Подана/Submitted: 05.08.2021

Принята/Accepted: 19.09.2021

Контакты/Contacts: elenakoroleva6@rambler.ru