ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895.4-036.1:616.5-002.675-432-67-055.2(571.13)

Для цитирования: Лубеницкая А.Н., Иванова Т.И. Клинические особенности течения тревожно-депрессивных расстройств, ассоциированных с наличием синдрома хронической тазовой боли, у девочек-подростков города Омска. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2026. № 3 (132). С. 48-59. https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-3(132)-48-59

Клинические особенности течения тревожно-депрессивных расстройств, ассоциированных с наличием синдрома хронической тазовой боли, у девочек-подростков города Омска

Лубеницкая А.Н.[1, 2], Иванова Т.И.[2, 3]

[1] *БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова» Россия, 644070, Омск, ул. Куйбышева, 30*

[2] *ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России Россия, 644099, Омск, ул. Ленина, 12*

[3] *ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России Россия, 625023, Тюмень ул. Одесская, 54*

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) у девочек-подростков является одной из актуальных медицинских проблем, лежащей на стыке научных дисциплин, и характеризуется высокой коморбидностью с аффективными и невротическими расстройствами. Вследствие того, что симптомы психических расстройств могут маскировать или искажать клиническую картину основного заболевания, для эффективного лечения требуется разработка комплексных диагностических и реабилитационных программ, учитывающих как физические, так и психологические аспекты здоровья. **Цель**: изучить особенности клинического течения тревожно-депрессивных расстройств, ассоциированных с наличием синдрома хронической тазовой боли, у девочек-подростков города Омска. **Материалы и методы**. В итоговую выборку было включено 47 пациенток с верифицированным аффективным или невротическим расстройством, страдающих тем или иным видом СХТБ. Было проведено клинико-психопатологическое обследование, психологическое тестирование. Полученные переменные были подвергнуты статистическому анализу. **Результаты**. В исследованной выборке (n=47) депрессивные эпизоды разной степени тяжести выявлены у 48,9% пациенток, тревожные и смешанные расстройства – более чем у половины. Оценка качества жизни показала существенное снижение всех компонентов здоровья, особенно ролевого функционирования, обусловленного физическим и эмоциональным состоянием. Пациентки с тяжёлыми депрессивными эпизодами демонстрируют наихудшие показатели по всем шкалам физического и психологического здоровья. По данным СМИЛ, доминируют аффективные профили: отмечается повышение по шкалам депрессии (40,8%), тревожности/психастении (31,9%), а также ипохондрии и эмоциональной лабильности (25,6%). Для тяжёлых депрессий характерны выраженная социальная интроверсия, уход от контактов и изоляция. Преобладающей стратегией совладания со стрессом являются пассивность (83%), а также асоциальные действия (63,8%). Наиболее часто используются избегание, агрессия и осторожность, тогда как просоциальные стратегии применяются редко. Статистически значимых корреляций между уровнем стресса (по шкале PSM-25) и тяжестью аффективного расстройства не выявлено, однако возраст влияет на уровень стрессоустойчивости. Старшие подростки (16–17 лет) чаще демонстрируют психологическую адаптированность к рабочим нагрузкам, чем младшие (12–15 лет), что может быть связано с большей зрелостью механизмов саморегуляции. Выраженность ангедонии и общий уровень депрессивной симптоматики по опроснику Ковач являются ключевыми маркерами для разделения диагностических групп: именно эти параметры наиболее чётко дифференцируют пациентов с депрессивными эпизодами от страдающих генерализованным тревожным расстройством или дистимией. Факторы суицидального риска распределены по выборке равномерно и не зависят от формального психиатрического диагноза. Однако у большинства пациенток присутствует средний уровень антисуицидальных факторов, что говорит о наличии внутренних ресурсов для сдерживания от суицидальных действий, но их может быть недостаточно при сильном стрессе. **Заключение**. Лечение СХТБ должно включать не только медикаментозную терапию боли, но и психотерапевтическую поддержку для коррекции тревоги, депрессии и помощь в замене дезадаптивных копинг-стратегий на адаптивные стратегии совладания.

Ключевые слова: девочки-подростки, тревога, депрессия, синдром хронической тазовой боли.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) в современной медицине представляет собой сложную задачу, находящуюся на стыке гинекологии, урологии, неврологии и психиатрии. Особую значимость эта проблема приобретает при изучении её проявлений в подростковом возрасте – периоде развития, характеризующемся интенсивными нейроэндокринными перестройками, становлением репродуктивной системы и формированием психоэмоциональной сферы. Актуальность изучения коморбидности СХТБ с аффективными и невротическими расстройствами у девочек 12–18 лет обусловлена не только высокой распространенностью данной патологии, но и её разрушительным влиянием на качество жизни, социальное функционирование и долгосрочное здоровье молодого поколения. Расстройства менструаций в подростковом возрасте связаны с повышенным уровнем депрессивных расстройств и вегетативных проявлений. Предъявляемые жалобы на головные боли, эмоциональная нестабильность, неуверенность в себе, тревожность, конфликтность, повышенная чувствительность к стрессовым воздействиям, возбудимость, расстройства сна препятствуют социальной адаптации, ограничивают физическую и психическую активность. Поэтому гинекологические нарушения среди подростков следует рассматривать через призму ухудшения эмоционального благополучия в целом [1]. Показано нарастание распространенности депрессивных расстройств в общей популяции и у больных соматическими заболеваниями. Проанализирована эволюция взглядов на клинику в историческом, методологическом, классификационном и междисциплинарном контекстах. Обсуждена проблема коморбидности в аспекте современной клинической эпидемиологии. Рассмотрены современные подходы к выявлению и тактике ведения депрессивных расстройств, принятые в клинической и медицинской психологии [2].

Эпидемиологические данные свидетельствуют о значительной распространенности СХТБ среди женского населения. По данным ВОЗ и результатам систематических обзоров, хроническая тазовая боль встречается у 2–25% женщин во всем мире, что ставит её по уровню дезадаптации в один ряд с такими заболеваниями, как бронхиальная астма и сахарный диабет. С позиции мультимодального представления тела акцент смещается с восприятия боли на то, чтобы быстро обнаружить угрозу и назначить адекватное лечение [3]. Анализируется влияние боли на жизнь человека, связь психологических переменных с болевым синдромом, психологические методы лечения боли и этапы терапевтического процесса: от начальной фазы и формирования навыков совладания с болью до фазы применения и закрепления результатов [4]. Согласно диатез-стресс-модели, уязвимость (диатез), взаимодействуя со стрессом травматизации, запускает каскад когнитивных процессов и поведенческих паттернов, способствующих инвалидизации [5]. Предлагается рассматривать боль как результат динамического взаимодействия разных факторов: биологических (состояние нервной системы, физиологические процессы), психологических (мысли, эмоции, убеждения, coping-стратегии) и социальных (влияние окружения, культурных норм, опыта общения с системой здравоохранения), как реакцию на восприятие своих симптомов, оценку ресурсов для саморегуляции [6].

Хотя точная статистика для подростковой когорты ограничена этическими и методологическими трудностями, клинические наблюдения показывают, что старт заболевания часто приходится именно на пубертатный период. Современная биопсихосоциальная модель боли рассматривает хронический болевой синдром как самостоятельное заболевание ЦНС. В основе лежит сложный каскад нейрогенных воспалительных процессов. Ключевую роль в этом процессе играют иммунные клетки, которые выступают связующим звеном между периферическим воспалением и центральными механизмами регуляции настроения. Исследования последних лет подтверждают, что эти же иммунные реакции лежат в основе развития депрессии и тревоги, создавая единый патофизиологический континуум «боль-депрессия» [4, 5, 6, 7].

Существует высокая степень коморбидности между хронической болью и психоневрологическими расстройствами, в том числе аддиктивным поведением. У пациенток (n=177) с СХТБ не обнаружено инфекций, которые могли бы напрямую вызывать боль. СХТБ сопровождается выраженными психосоматическими расстройствами (93,8%), проявлениями выраженной или тяжёлой депрессии (49,7%) [8]. Патогенез СХТБ обусловлен взаимодействием нескольких систем организма – иммунной, неврологической, эндокринной и психологической, т.е. гетерогенной группой состояний, где разные механизмы могут сочетаться у одного пациента [9]. Описаны механизмы функциональной аноректальной боли (напряжение мышц тазового дна, периферическая и центральная сенситизация, психосоциальные факторы) и подчёркивается важность мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению [10]. Большинство людей с хронической первичной висцеральной болью сталкиваются как минимум с одним психологическим расстройством. Среди психопатологических расстройств чаще встреча-

ются тревожные, депрессивные и соматоформные. Среди психопатологических симптомов наиболее распространены тревога, депрессия, соматизация [11]. Оценка актуального состояния и динамики психического здоровья студентов вузов (распространенности аддиктивных и тревожно-депрессивных расстройств) показала, что распространенность курения табака составила 34,8%, злоупотребления алкоголем – 19,6%, опыта употребления наркотиков – 10,6%, тревоги – 27,3%, депрессии – 15,6%.

Ведущие тенденции динамики – феминизация наркотизма, снижение значимости субмиссивной мотивации и возрастание значимости атарактической мотивировки потребления ПАВ [12]. Тестирование сенсорных систем и клинико-анамнестический анализ позволили установить, что лица с зависимостью от ПАВ характеризуются снижением болевой чувствительности, наличием негативной оценки болевых ощущений, аверсией на запах изопропанола, повышением частоты встречаемости потребности в сенсорной стимуляции, поведением, сопряженным с риском, высоким показателем кожно-сосудистой реакции. У лиц с депрессивными расстройствами наблюдается тенденция к увеличению порогов болевой чувствительности, сочетающаяся с эмоциональной толерантностью к боли, снижением порога обонятельной чувствительности [13].

Уровень тревожности у пациенток с тазовой болью достоверно выше, чем у здоровых сверстниц, и напрямую коррелирует с тяжестью симптомов. Частота встречаемости тревожных расстройств достигает 35%, депрессивных – 12%, что превышает популяционные показатели. Личностные черты, такие как впечатлительность, избегающее поведение и склонность к катастрофизации боли, формируют порочный круг: ожидание боли усиливает тревогу, а тревога, в свою очередь, повышает восприятие боли. Подростковый период характеризуется завершением формирования когнитивных функций, развитием абстрактного мышления и активным социальным взаимодействием. Хроническая боль становится стрессовым фактором, нарушающим эти процессы. Депрессивные расстройства связаны с изменениями когнитивного функционирования и электрофизиологическими нарушениями в коре головного мозга. Эти нарушения, очевидно, отражают изменения нейроанатомических структур, лежащих в основе патогенеза депрессивных расстройств [14]. При лёгкой депрессии наблюдаются функциональные нарушения исполнительных функций и рабочей памяти. Обнаруженные изменения биоэлектрической активности мозга могут служить нейрофизиологическими маркерами таких нарушений [15].

Девочки с СХТБ сталкиваются со школьной дезадаптацией, снижением успеваемости и социальной изоляцией. Постоянный дискомфорт и страх перед болью приводят к формированию модели избегающего поведения. Ведущие специалисты рассматривают историю теорий боли, биопсихосоциальную модель (как взаимодействуют биология, психология и социум), когнитивно-поведенческий и психодинамический подходы. Обсуждаются и прикладные вопросы: оценка боли, вмешательства при острой и хронической боли, этические стандарты, проблемы использования самоотчётов (как боль проявляется на разных этапах жизни), а также этнокультурные различия [16].

В обзорной статье приводятся данные об ощущении присутствия утраченной после ампутации части тела с учетом нейровизуализации и теории о том, что такие ощущения возникают из-за нарушения интеграции сенсорной обратной связи и моторных команд, формирующих внутренний образ тела [17].

Фантомный болевой синдром после ампутации различных органов (чаще конечностей) связан с мальадаптивными нейропластическими изменениями в периферической системе и ЦНС. Число исследований по этой проблеме увеличивается с каждым годом. Однако до настоящего времени четкие предикторы его развития остаются неизвестными, а эффективность терапии представляется недостаточной. Лечение требует мультимодального подхода, сочетающего фармакотерапию (антидепрессанты, габапентин), немедикаментозные и интервенционные методы лечения [18].

Выделены потенциальные мишени реабилитационного воздействия при ФБС, что позволило определить теоретически обоснованные цели, задачи и направления работы при коррекции: методы нейромодуляции, применение направленных на снижение корковой реорганизации техник, внедрение поведенческих и когнитивных терапий, обучение с биологической обратной связью, использование сенсорных и моторных протезов [19].

Кроме того, наличие хронического болевого синдрома и сопутствующей психопатологии существенно осложняет диагностику основного заболевания. Симптомы депрессии и тревоги могут маскироваться под проявления основного заболевания или, наоборот, ошибочно трактоваться как первопричина боли. Без адекватной оценки психического статуса лечение, направленное исключительно на купирование болевого синдрома, обречено на низкую эффективность. Следовательно, разработка комплексных программ реабилитации является актуальной задачей современной медицины.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на выявление предикторов развития психопатологических симптомов у подростков с СХТБ, изучение эффективности различных методов психокоррекции и создание клинических рекомендаций, адаптированных специально для педиатрической практики, чтобы разорвать сформировавшийся цикл «боль-тревога-депрессия» и обеспечить полноценное физическое и ментальное развитие молодых женщин.

ЦЕЛЬ

Изучение особенностей клинического течения тревожно-депрессивных расстройств, ассоциированных с наличием синдрома хронической тазовой боли, у девочек-подростков города Омска.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе хирургического стационарного отделения № 4 БУЗ ОО «Областная детская клиническая больница» на протяжении двух лет было обследовано 63 пациентки, страдающих тем или иным видом хронического тазового болевого синдрома. Произведена выборка в объеме 47 пациенток с обнаруженным расстройством аффективной сферы (среди диагнозов, согласно формальным критериям МКБ-10: F32, F33, F41, F45 или F48) в возрасте от 13 до 17 лет включительно. Средний возраст пациенток составил 16,04±0,87 года. Также критерием включения являлось наличие информированного добровольного согласия испытуемого на проведение исследования. Критериями исключения служили наличие у испытуемого сопутствующих хронических соматических заболеваний в стадии декомпенсации, сопутствующего хронического психического заболевания психотического уровня (шизофрения, бредовые расстройства, галлюцинозы), течение тяжелого инфекционного процесса, отказ испытуемого от участия в исследовании на любом этапе.

Программа исследования реализована путем последовательных этапов: соматохирургическое обследование, клинико-психопатологическое обследование, психологическое тестирование, статистическая обработка полученных данных.

Для выявления воздействия стрессовых факторов в течение жизни, которые могли бы повлиять на возникновение психических расстройств, был создан оригинальный опросник, где особое внимание уделено микроклимату и макросоциальному окружению, уровню субъективной нагрузки, фактам употребления алкоголя и/или наркотиков, сексуального и физического насилия, проживания в неполной семье. Для изучения стратегий и моделей копинг-поведения использован Опросник Strategic Approach to Coping Scale (SACS) Стратегический подход к преодолению стресса (Hobfoll S.E., 1994) в русскоязычной адаптации (Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2002).

Для измерения стрессовых ощущений в соматической, поведенческой и эмоциональной сферах использована Шкала Psychological Stress Measure, (PSM-25; Lemyr L., Tessier R., Fillion L., 1990) в русскоязычной адаптации (Водопьянова Н.Е., 2009). Также предложены к заполнению Тест на самооценку стрессоустойчивости личности (Киршева Н.В., Рябчикова Н.В., 1995) и Анкета оценки качества жизни (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey, MOSSF-36; Ware J.E., Sherbourne C.D., 1992) в адаптации на русском (Набережная Ю.Л., Камынина Н.Н., 1998).

Для формальной оценки уровня тревожной и депрессивной симптоматики пациенткам было предложено заполнить шкалу тревоги Бека, опросник детской депрессии (Children's Depression Inventory, CDIM; Kovacs M., 1979) в адаптации (Воликова С.В., Холмогорова А.Б., 2013), модифицированный опросник суицидального риска (Разуваева Т.Н., 1993). Особенности личности определялись с помощью Стандартизованного многофакторного метода исследования личности (адаптация MMPI): подростковый вариант для пациенток 13-15 лет и женский – 16-17 лет.

Статистический анализ проводили в программе StatTech v. 4.14.2 (разработчик – ООО Статтех, Россия). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро–Уилка. Количественные показатели, выборочное распределение которых соответствовало нормальному, описывались с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD). В качестве меры репрезентативности для средних значений указывались границы 95% доверительного интервала (95% ДИ). В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1–Q3). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. 95% доверительные интервалы для процентных долей рассчитывались по методу Клоппера–Пирсона. Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, при условии равенства дисперсий выполнялось с помощью U-критерия Манна–Уитни. Сравнение трех и более групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью критерия Краскела–Уоллиса. Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона. Направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (при распределении показателей, отличном от нормального).

Прогностическая модель, характеризующая зависимость количественной переменной от факторов, разрабатывалась с помощью метода линейной регрессии. Для оценки дискриминационной способности количественных признаков при прогнозировании определенного исхода применялся метод анализа ROC-кривых. Разделяющее значение количественного признака в точке cut-off определялось по наивысшему значению индекса Юдена. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее частым диагнозом, проявляющимся хроническим болевым синдромом, являлась дисменорея (51,1%). Также были представлены такие состояния, как болезнь Пайра, колоптоз и трансверзоптоз (по 6,4%), хронический аднексит и цистит (по 10,6%). У всех участников выборки был верифицирован диагноз хронической боли.

При клинико-психопатологическом обследовании у 12 пациенток (25,5%) были обнаружены симптомы, соответствующие формальным критериям диагноза депрессивный эпизод легкой степени (МКБ-10: F32.0), у 9 (19,1%) – депрессивный эпизод средней степени (F32.1), у 2 (4,3%) – депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F32.2). Состояние 4 пациенток (8,5%) можно было определить как генерализованное тревожное расстройство (F41.1), 17 (36,2%) – смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2), 3 (6,4%) – дистимия (F34.1).



Р и с у н о к 1. **Распределение расстройств аффективной сферы в исследуемой выборке**

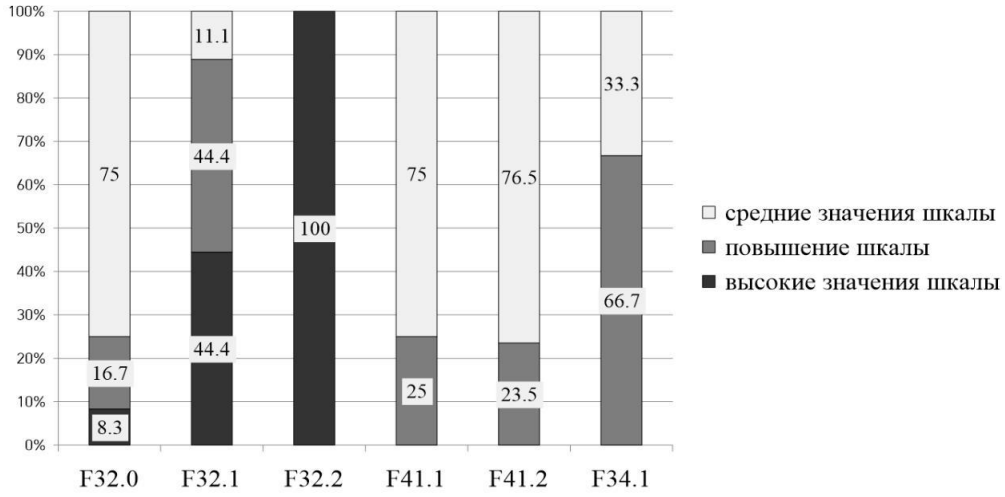
Образовательный статус пациентов выборки характеризовался преобладанием лиц со средним общим образованием (46,8%) и основным общим образованием (36,2%). Большинство респондентов проживали в полных семьях (66,0%), однако воспитание одним родителем встречалось достаточно часто (34,0%). Характер семейных отношений был преимущественно доброжелательным или ровным, в позитивной атмосфере (суммарно 66,0%). Однако многие были склонны характеризовать свои взаимоотношения с членами семьи и сверстниками как конфликтные либо сообщали об отсутствии круг поддержки: пациентки с тяжелым депрессивным эпизодом (100%), депрессивным эпизодом средней степени (88,9%), смешанным тревожным и депрессивным расстройством (23,6%), депрессивным эпизодом легкой степени (16,7%).

Полученные оценки по шкалам опросника депрессии Ковач, суицидального риска и большинства шкал Стандартизованного метода исследования личности в зависимости от возраста испытуемых значимых различий не показали.

Результаты оценки по опроснику SF-36 свидетельствуют о выраженном снижении всех компонентов здоровья. Наиболее низкие показатели наблюдались по шкале Ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RP): Me=50,0 [25,0–75,0]. Это указывает на то, что половина пациентов испытывает значительные ограничения в выполнении повседневной работы или другой деятельности. Отмечены статистически значимые различия среди показателей Ролевого эмоционального функционирования (RE) в зависимости от выявленной психопатологии. Наиболее низкие оценки отмечены у пациентов с депрессивным эпизодом тяжелой степени (Me=33,33 [33,33–33,33]), умеренной степени (Me=33,33 [33,33–66,67]), причем различия с другими группами статистически значимы ($p=0,048$). Показатели по шкале физического компонента здоровья также демонстрировали снижение. Наиболее низкие показатели Физического функционирования (PF) вновь отмечены среди пациенток с умеренным и тяжелым депрессивным эпизодами – Me=55,00

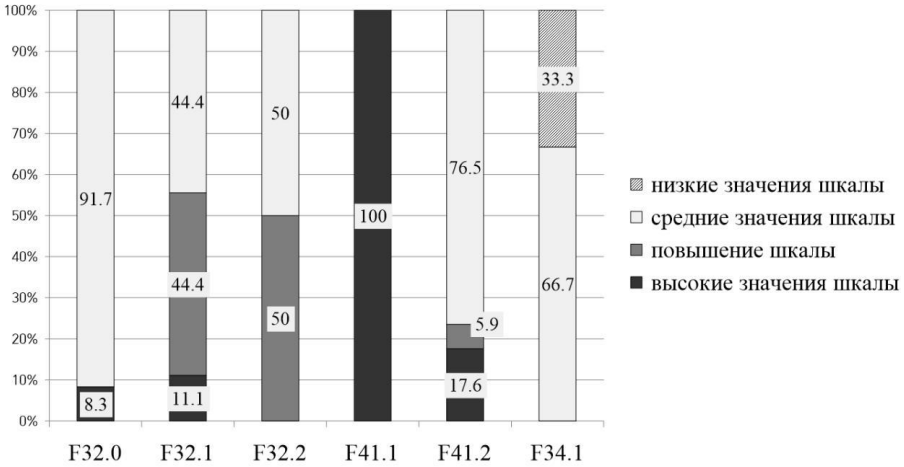
[45,00–80,00] и Me=57,50 [51,25–63,75] соответственно. Показатели общего состояния здоровья также имели низкие значения: депрессивный эпизод тяжелой степени (Me=20,00 [17,50–22,50]), умеренный и легкий депрессивный эпизоды, (Me=40,00 [25,00–60,00]), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (Me=45,0 [30,00–62,00]), генерализованное тревожное расстройство (Me=51,00 [42,50–61,50]), дистимия (Me=55,00 [55,00–57,50]). Показатели психологического компонента здоровья (Жизненная активность (VT), Психическое здоровье (MH), Социальное функционирование (SF) были умеренно снижены, причем отмечена аналогичная тенденция – наименьшие уровни отмечались у пациенток с выявленными депрессивными эпизодами.

Анализ данных опросника Стандартизованного метода исследования личности (адаптация MMPI) выявил ряд типичных проявлений, которые характеризуются доминированием расстройств аффективного спектра. Отмечено статистически значимое повышение или высокие значения по шкале депрессии (2-я шкала) у 40,8% респондентов, в большей степени – у пациенток с депрессивными эпизодами различной степени тяжести (p=0,001, p=0,02). Это подтверждает значительную тяжесть депрессивной симптоматики в исследуемой группе, указывает на осознание психологических проблем, возможный отказ от реализации планов и намерений, ухудшение эмоционального фона и снижение настроения.



Р и с у н о к 2. **Распределение значений по шкале 2 депрессии в зависимости от аффективного расстройства в исследуемой выборке**

По шкале психастении/тревожности (7-я шкала) зарегистрированы высокие значения у 19,1%, повышенные – у 12,8%. Суммарно повышенный уровень тревожности выявлен более чем у трети пациенток выборки. Пиковые значения характерны для генерализованного тревожного расстройства и смешанных состояний. Различия между группами статистически значимы (p<0,001).



Р и с у н о к 3. **Распределение значений по шкале 7 тревожности/психастении в зависимости от аффективного расстройства в исследуемой выборке**

Высокие значения по шкале Истерии/эмоциональной лабильности (3-я шкала) обнаружены у 12,8% респондентов, повышенные – у 12,8%. Полученное распределение может свидетельствовать о склонности к конверсионным реакциям и демонстративному поведению как способу привлечения внимания окружающих к своему состоянию. При интерпретации данных по шкале 1 ипохондрии высокие значения обнаружены у 12,8% опрошенных пациенток, повышенные – у 14,9%. Это может указывать на наличие фиксации внимания на телесных ощущениях и состоянии своего здоровья. Отмечено повышение профилей по шкале 0 (социальная интраверсия), особенно у пациенток с тяжелым депрессивным эпизодом (100%) и депрессивным эпизодом средней степени (44,4%), что может свидетельствовать о тенденции к социальной изоляции, снижению коммуникативной активности, уходу от контактов и скрытности, эти особенности являются частым спутником депрессии у подростков. Контрольные шкалы валидности находились в пределах нормативных значений или демонстрировали умеренное повышение, что говорит о частичной искренности ответов при некоторой тенденции к защитному поведению.

При проведении оценки уровня стресса и тревожности среди исследуемой группы выяснено, что согласно данным опросника PSM-25, высокий уровень стресса диагностирован у 12,8% респондентов, средний – у 42,6%, вместе с тем 44,7% респондентов адаптированы к рабочим нагрузкам. При попытке выявить наличие корреляций между уровнем стресса и аффективным расстройством статистически значимых зависимостей не установлено. Однако при анализе связи между возрастом и уровнем стресса по шкале PSM-25 были обнаружены статистически значимые различия. Пациенты с выявленной психофизиологической адаптированностью к рабочим и психоэмоциональным нагрузкам были статистически значимо старше (21 респондент, Me 16,00, Q_1–Q_3 16,00–17,00), чем лица со средним уровнем стресса (20 человек, Me 15,00, Q_1–Q_3 14,00–16,00) ($p=0,021$).

Показатели по шкале тревоги Бека закономерно меняются при переходе от изолированных тревожных расстройств к преобладанию депрессивной симптоматики в структуре сочетанного расстройства. Полученные данные показывают четкую тенденцию: все пациентки с диагностированным генерализованным тревожным расстройством обнаружили значительную выраженность тревожной симптоматики, тогда как при лёгких формах депрессии преобладают низкие показатели тревожных проявлений, а при умеренных и смешанных состояниях чаще регистрируется средний уровень тревожности.

По результатам интерпретации субшкал опросника копинг-стратегий (SACS) выявлено, что преобладающей поведенческой стратегией в группе является пассивность (83% выборки). Асоциальная стратегия встречается с более высокой частотой (63,8%) по сравнению с просоциальной (36,2%). Наиболее часто используемые стратегии – избегание (38,3%), агрессивные действия (42,6%), взвешенные и осторожные действия (31,9%). В то же время просоциальные стратегии использовались значительно реже, что свидетельствует о тенденции к социальной изоляции и трудностях в построении конструктивных коммуникаций для получения помощи и содействия. Пациенты склонны скорее к конфликту или уходу от проблем, чем к поиску конструктивного решения через сотрудничество. Статистически значимых различий в выборе копинг-стратегий в зависимости от возраста не обнаружено. ROC-анализ показал, что данный показатель не является статистически значимым предиктором для осей просоциальной-асоциальной стратегии (AUC=0,506; p=0,945), активности-пассивности (AUC=0,529; p=0,792) и прямого-непрямого способа действия (AUC=0,522; p=0,792). Прогностические модели, основанные на возрасте, демонстрировали недостаточную чувствительность и специфичность.

Полученные оценки по 5 шкалам и общему баллу опросника депрессии CDI (Ковач), суицидального риска в зависимости от возраста испытуемых значимых различий не показали. Статистически значимые различия между группами пациенток с разными диагнозами были обнаружены только для шкалы Д (ангедония) и общего балла по опроснику ($p<0,001$). Это означает, что тяжесть ангедонии (потери интереса и удовольствия) и общая выраженность депрессивной симптоматики являются параметрами, которые максимально дифференцируют эти диагностические группы. Наиболее высокие уровни («значительно превышает средний показатель») характерны для пациенток с тяжелыми депрессивными состояниями: депрессивный эпизод тяжелой степени (100%) и депрессивный эпизод умеренной степени (55,6%). Также высокий уровень наблюдается у пациенток со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (88,2%). В группах с более легкими состояниями (дистимия, генерализованное тревожное расстройство) преобладают средние или умеренно повышенные показатели. Распределение общего балла полностью соответствует логике шкалы ангедонии. Группы с установленными депрессивными эпизодами показывают наиболее высокие суммарные значения. Для шкал негативного настроения (А), межличностных проблем (В), неэффективности (С) и негативной самооценки (Е) не было найдено статистически значимых различий между диагнозами.

Перечисленные проблемы (неуверенность, негативное отношение к себе или трудности в общении) распространены во всех исследуемых группах с примерно равными пропорциями и не являются специфическими маркерами для разделения этих конкретных диагнозов. Таким образом, именно выраженность ангедонии и общий уровень депрессии (по опроснику депрессии Ковач) представляют собой основные критерии, отличающие пациентов с депрессивными эпизодами различной степени тяжести от тех, кто страдает генерализованным тревожным расстройством или дистимией.

Статистические различия по факторам суицидального риска в зависимости от аффективной патологии отсутствуют, они распределены в выборке достаточно равномерно и не зависят напрямую от формального психиатрического диагноза. Однако несмотря на это, качественный анализ данных позволяет охарактеризовать общую картину суицидального риска в изучаемой группе. У большинства опрошенных пациенток защитный антисуицидальный фактор находится на среднем уровне (от 33% до 66%). Высокий уровень встречается реже (до 58,3%). Это говорит о наличии внутренних ресурсов, удерживающих от совершения суицида, но при сильном стрессе их выраженность может быть ограниченной. Показатели демонстративности распределены хаотично, без закономерностей. Например, в группе с тяжелым депрессивным эпизодом у половины пациенток демонстративность высокая, в то время как у другой половины выражена минимально. Это подтверждает, что данный признак не связан с тяжестью диагноза. Наблюдается умеренное (средний уровень) проявление показателей социального пессимизма и несостоятельности. Высокие уровни встречаются с меньшей частотой, что является благоприятным прогностическим признаком. Факторы максимализма и слома культурных барьеров наименее выражены у большинства пациенток, что снижает вероятность импульсивных решений и действий. Факторы суицидального риска присутствуют в структуре личности пациентов независимо от их основного диагноза. Это означает, что оценка суицидальной опасности должна проводиться индивидуально для каждого пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В исследованной выборке (n=47) депрессивные эпизоды разной степени тяжести обнаружены у 48,9% пациенток, тревожные и смешанные расстройства – более чем у половины. Это подтверждает высокую степень коморбидности СХТБ с тревогой и депрессией, что требует междисциплинарного подхода к ведению таких пациенток.

Оценка по опроснику SF-36 показала существенное снижение всех компонентов здоровья, особенно ролевого функционирования, обусловленного физическим и эмоциональным состоянием. Пациентки с тяжёлыми депрессивными эпизодами демонстрируют неблагоприятные результаты тестирования по всем шкалам физического и психологического здоровья, что служит признаком выраженной дезадаптации.

По данным метода СМИЛ, в группе доминируют аффективные профили: отмечается повышение по шкалам депрессии (у 40,8% выборки), тревожности/психастении (суммарно более трети), ипохондрии и эмоциональной лабильности. Для тяжёлых депрессий характерны выраженная социальная интроверсия, уход от контактов, страх оценки, стремление к уединению и изоляции. Это указывает на формирование устойчивых дезадаптивных паттернов личности, формирующихся на фоне хронической боли.

Преобладающей стратегией совладания со стрессом являются пассивная позиция, отстранение (83% выборки), а также асоциальные действия (63,8%). Наиболее часто используются избегание, агрессия и осторожность, тогда как просоциальные стратегии применяются в исключительных случаях. Это формирует порочный круг: избегание и конфликтность усугубляют социальную изоляцию, что усиливает тревогу и депрессию.

Статистически значимых корреляций между уровнем стресса (по шкале PSM-25) и тяжестью аффективного расстройства не выявлено, однако возраст влияет на уровень стрессоустойчивости. Старшие подростки (16–17 лет) чаще демонстрируют более высокую психологическую адаптированность к рабочим нагрузкам, чем младшие (15 лет), что может быть связано с большей зрелостью механизмов саморегуляции и контроля.

Выраженность ангедонии и общий уровень депрессивной симптоматики по опроснику Ковач являются ключевыми маркерами для разделения диагностических групп: именно эти параметры позволяют наиболее чётко дифференцировать пациентов с депрессивными эпизодами от страдающих генерализованным тревожным расстройством или дистимией.

Факторы суицидального риска распределены в выборке равномерно и не зависят от формального психиатрического диагноза. Однако у большинства пациенток присутствует средний уровень антисуицидальных факторов, что говорит о наличии внутренних ресурсов для удержания от суицидальных действий, но их может оказаться недостаточно при сильном стрессе.

Учитывая вышесказанное, лечение должно включать не только медикаментозную терапию боли, но и обязательную психотерапевтическую поддержку для коррекции поведения, снижения выраженности проявлений тревоги, депрессии и дезадаптивных копинг-стратегий.

В процессе диагностики следует уделять особое внимание оценке ангедонии как ключевому маркеру тяжести депрессии. Несмотря на отсутствие прямой связи с диагнозом, оценка суицидального риска должна проводиться индивидуально для каждой пациентки. Так как значительная часть пациенток воспитывается в неполных семьях или имеет конфликтные отношения с близкими, включение семьи в терапевтический процесс критически важно для создания терапевтического альянса и поддерживающей среды для подростка. Учитывая ранний дебют заболевания, необходима разработка клинических рекомендаций для педиатров, гинекологов и психиатров с акцентом на скрининг психоэмоционального состояния при СХТБ. Проблема носит системный характер, затрагивая физическое здоровье, психологическое благополучие, способность к социальной адаптации и навыки общенния. Эффективность лечения напрямую зависит от применения комплексного мультидисциплинарного подхода, включающего медикаментозную терапию, физиотерапию и обязательную психотерапевтическую поддержку, направленную на коррекцию дезадаптивного поведения и разрыв цикла «боль-тревога-депрессия».

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование проведено без привлечения спонсорской помощи по инициативе авторов в рамках основного плана НИР ФГБОУ ВО «ОмГМУ» Минздрава России.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование выполнено в соответствии с «Этическими принципами проведения научных медицинских исследований с участием человека» и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», этическими стандартами, разработанными на основании Хельсинской декларации ВМА 1964 г. с внесенными поправками в 1975-2013 гг. Одобрено ЛЭК при ФГБОУ ВО «ОмГМУ» Минздрава России (протокол № 123 от 09.10.2025).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Хащенко Е.П., Баранова А.В. Выраженность депрессивных симптомов у девочек подросткового возраста с расстройствами менструаций. Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2017. № 1 (70). С. 56-69. Khashchenko EP, Baranova AV. Depressive symptoms in adolescent girls with disorders of menstruation. Personality, Family and Society: Issues of Pedagogy and Psychology. 2017;1(70):56-69 (in Russian).
2. Семке В.Я., Краснов В.Н., Корнетов А.Н. Депрессивные расстройства вне психиатрической сети: медико-психологический аспект. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 4 (55). С. 70-75. Semke VYa, Krasnov VN, Kornetov AN. Depressive disorders outside the psychiatric network: medical and psychological aspect. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2009;4(55):70-75 (in Russian).
3. Legrain V, Iannetti GD, Plaghki L, Mouraux A. The pain matrix reloaded. A salience-detection system for the body. Prog Neurobiol. 2011;93:111-124. https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2010.10.005
4. Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. Pain and behavioral medicine: A cognitivebehavioral perspective. New York: Guilford Press, 1983:452.
5. Turk DC. A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury. Pain Res Manag. 2002 Spring;7(1):9-19. https://doi.org/10.1155/2002/252904. PMID: 16231063.
6. Turk DC, Flor H. Chronic pain: A biobehavioral perspective. In: RJ Gatchel, DC Turk (Eds.). Psychosocial factors in pain: Critical perspectives. New York: Guilford Press, 1999:18-34.
7. МарютинаТ.М., Ермолаев О.Ю. Введение в психофизиологию. 2-е изд., испр. и доп. М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2001. 400 с. Maryutina TM, Ermolaev OYu. Introduction to psychophysiology. 2nd ed., rev. and additional. Moscow: Moscow Psychological and Social Institute: Flinta, 2001:400 (in Russian).
8. Аль-Шукри С.Х., Слесаревская М.Н., Кузьмин И.В., Игнашов Ю.А., Нассар Ж. Синдром хронической тазовой боли у женщин: оценка симптоматики и психоэмоционального статуса. Урологические ведомости. 2016. Т. 6, № S. С. 23-24. Al-Shukri SKh, Slesarevskaya MN, Kuzmin IV, Ignashov YuA, Nassar J. Chronic pelvic pain syndrome in women: assessment of symptoms and psychoemotional status. Urological News. 2016; 6(S):23-24 (in Russian).
9. Pontari MA, Ruggieri MR. Mechanisms in prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. J Urol. 2004 Sep;172(3): 839-45. https://doi.org/10.1097/01.ju.0000136002.76898.04. PMID: 15310980; PMCID: PMC3591463.
10. Bharucha AE, Lee TH. Anorectal and Pelvic Pain. Mayo Clin Proc. 2016 Oct;91(10):1471-1486. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.08.011. PMID: 27712641; PMCID: PMC5123821.
11. Arévalo-Martínez A, Moreno-Manso JM, García-Baamonde ME, Blázquez-Alonso M, Cantillo-Cordero P. Psychopathological and neuropsychological disorders associated with chronic primary visceral pain: Systematic review. Front Psychol. 2022 Oct 19;13:1031923. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1031923. PMID: 36337545; PMCID: PMC9626977.
12. Бохан Н.А., Воеводин И.В., Лукьянова Н.А., Пушкаренко А.Б. Аддиктивные и тревожно-депрессивные расстройства у студентов Томской области: динамика, половозрастной и миграционный аспекты. Сибирский вестник психиатрии

и наркологии. 2017. № 3 (96). С. 38-45. Bokhan NA, Voevodin IV, Lukiyanova NA, Pushkarenko AB. Addictive, anxiety, and depressive disorders among students of the Tomsk Region: dynamics, gender, age, and migration aspects. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2017;3(96): 3845. https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-3(96)-38-45 (in Russian).

13. Савочкина Д.Н., Невидимова Т.И., Батухтина Е.И., Бохан Н.А., Лебедева Е.В., Редченкова Е.М., Краснятова Ю.А., Абушаева М.О., Баранов И.В. Сравнительная характеристика болевой и обонятельной чувствительности у лиц с аффективными и аддиктивными расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 2 (87). С. 5-9. Savochkina DN, Nevidimova TI, Batukhtina EI, Bokhan NA, Lebedeva EV, Redchenkova EM, Krasnyatova YuA, Abushaeva MO, Baranov IV. Comparative characteristics of pain and olfactory sensitivity in individuals with affective and addictive disorders. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2015;2(87):5-9 (in Russian).
14. Галкин С.А., Рощина О.В., Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Иванова С.А., Бохан Н.А. Нейрокогнитивные изменения при депрессивных расстройствах. Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т. 30, № 3. С. 26-30. Galkin SA, Roshchina OV, Vasilyeva SN, Simutkin GG, Ivanova SA, Bokhan NA. Neurocognitive changes in depressive disorders. Social and Clinical Psychiatry. 2020;30(3):26-30 (in Russian).
15. Галкин С.А., Пешковская А.Г., Симуткин Г.Г., Васильева С.Н., Рощина О.В., Иванова С.А., Бохан Н.А. Нарушения функции пространственной рабочей памяти при депрессии легкой степени тяжести и их нейрофизиологические корреляты. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119, № 10. 56-61. Galkin SA, Peshkovskaya AG, Simutkin GG, Vasil'eva SN, Roshchina OV, Ivanova SA, Bokhan NA. Disorders of spatial working memory in affective disorders with mild current depression and their neurophysiological correlates. SS Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2019;119(10):56-61. https://doi.org/10.17116/jnevro201911910156 (in Russian).
16. Kachur S. Pain: Psychological perspectives. Physiother Can. 2008 Spring;60(2):203–4. https://doi.org/10.3138/physio.60.2.203. Epub 2008 Oct 10. PMCID: PMC2792811.
17. Cipriani G, Picchi L, Vedovello M, Nuti A, Fiorino MD. The phantom and the supernumerary phantom limb: historical review and new case. Neurosci Bull. 2011 Dec;27(6):359-65. https://doi.org/10.1007/s12264-011-1737-6. PMID: 22108813; PMCID: PMC5560386.
18. Самарцев И.Н., Денисова Ю.В., Живолупов С.А., Богинский В.С., Пермин Д.Д. Современный взгляд на проблему патогенеза и лечения фантомного болевого синдрома. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2025. Т. 125, № 8. С. 66-74. Samartsev IN, Denisova YuV, Zhivolupov SA, Boginsky VS, Permin DD. A contemporary view on the problem of pathogenesis and treatment of phantom pain syndrome. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2025;125(8):66-74. https://doi.org/10.17116/jnevro202512508166 (in Russian).
19. Шагина, Е.Д., Никишина, В.Б., Запесоцкая, И.В. Нейропатогенез фантомно-болевого синдрома: обзор зарубежной литературы. Национальный психологический журнал. 2025. Т. 20, № 2. С. 24-36. Shagina ED, Nikishina VB, Zapesotskaya IV. Neuropathogenesis of phantom pain syndrome: overview of foreign research. National Psychological Journal. 2025;20(2), 24-36. https://doi.org/10.11621/npj.2025.0202

Поступила в редакцию 31.03.2026
Утверждена к печати 14.09.2026

Лубеницкая Александра Николаевна, ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, врач-психиатр БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова». ResearcherID ABE-2490-2022. Author ID Scopus 57873305300. ORCID iD 0000-0003-4568-1527. AuthorID РИНЦ 1112511. SPIN-код РИНЦ 2774-3257.

Иванова Татьяна Ильинична, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, врач-психиатр, психотерапевт, нарколог, научный консультант БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова», главный внештатный психотерапевт МЗ Омской области. ORCID iD 0000-0002-6872-9688. AuthorID РИНЦ 683797. SPIN-код РИНЦ 7399-5041.

✉ Лубеницкая Александра Николаевна, lubenitskaya.a@gmail.com

UDC 616.895.4-036.1:616.5-002.675-432-67-055.2(571.13)

For citation: Lubenitskaya A.N., Ivanova T.I. Clinical features of the course of anxiety-depressive disorders associated with the presence of chronic pelvic pain syndrome in adolescent girls in Omsk. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2026, 3 (132): 48-59. https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-3(132)-48-59

Clinical features of the course of anxiety-depressive disorders associated with the presence of chronic pelvic pain syndrome in adolescent girls in Omsk

Lubenitskaya A.N., Ivanova T.I.

[1] *State Budgetary Healthcare Institution of the Omsk Region "N.N. Solodnikov Clinical Psychiatric Hospital" 644070, Omsk, Kuibyshev Street 30, Russian Federation*

[2] *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Omsk State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation 644099, Omsk, Lenin Street 12, Russian Federation*

[3] *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Tyumen State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation 625023, Tyumen, Odesskaya Street 54, Russian Federation*

ABSTRACT

Introduction. Chronic pelvic pain syndrome (CPPS) in adolescent girls is a pressing medical issue that crosses scientific boundaries and is characterized by high comorbidity with affective and neurotic disorders. As the symptoms of mental disorders can mask or distort the clinical picture of the underlying disease, effective treatment requires the development of comprehensive diagnostic and rehabilitation programs that address both physical and psychological aspects of health. **Objective**: To study the clinical course of anxiety and depressive disorders associated with chronic pelvic pain syndrome in adolescent girls in Omsk. **Materials and Methods**. The final sample included 47 patients with verified affective or neurotic disorders, suffering from one or another type of CPPS. A clinical and psychopathological examination and psychological testing were conducted. The resulting variables were subjected to statistical analysis. **Results**. In the study sample (n=47), depressive episodes of varying severity were detected in 48.9% of patients, and anxiety and mixed disorders in more than a half. Quality of life assessment revealed a significant decline in all health components, especially role functioning, due to physical and emotional state. Patients with severe depressive episodes demonstrated the worst indicators on all physical and psychological health scales. According to the SMIL data, affective profiles predominated: an increase was noted on the depression scales (40.8%), anxiety/psychasthenia (31.9%), as well as hypochondria and emotional lability (25.6%). Severe depression was characterized by pronounced social introversion, withdrawal from contacts, and isolation. The predominant stress coping strategy was passivity (83%), followed by antisocial behavior (63.8%). Avoidance, aggression, and caution were the most frequently used strategies, while prosocial strategies were rarely used. No statistically significant correlations were found between stress levels (as measured by the PSM-25 scale) and the severity of affective disorder; however, age influenced stress resilience. Older adolescents (16–17 years old) more often demonstrated psychological adaptation to workloads than younger ones (12–15 years old), which may be related to the greater maturity of their self-regulation mechanisms. The severity of anhedonia and the overall level of depressive symptoms as measured by the Kovacs' questionnaire were key markers for dividing diagnostic groups: these parameters most clearly differentiated patients with depressive episodes from those suffering from generalized anxiety disorder or dysthymia. Suicide risk factors were distributed evenly across the sample and were independent of formal psychiatric diagnosis. However, most patients had a moderate level of anti-suicidal factors, indicating the presence of internal resources to restrain themselves from suicidal actions, but these may be insufficient under severe stress. **Conclusion**. Treatment of CPPS should include not only medication for pain, but also psychotherapeutic support to address anxiety, depression, and assistance in replacing maladaptive coping strategies with adaptive ones.

Keywords: adolescent girls, anxiety, depression, chronic pelvic pain syndrome.

Received March 31, 2026 Accepted September 14, 2026

Lubenitskaya Aleksandra N., assistant, Department of Psychiatry and Medical Psychology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Omsk State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation; psychiatrist of the State Budgetary Healthcare Institution of the Omsk Region “N.N. Solodnikov Clinical Psychiatric Hospital”. ResearcherID ABE-2490-2022. Author ID Scopus 57873305300. ORCID iD 0000-0003-4568-1527. AuthorID RSCI 1112511. SPIN-code RSCI 2774-3257.

Ivanova Tatiana I., D. Sc. (Medicine), Professor, Department of Psychiatry and Narcology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Tyumen State Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation; psychiatrist, psychotherapist, addiction specialist, scientific consultant, State Budgetary Healthcare Institution of the Omsk Region “N.N. Solodnikov Clinical Psychiatric Hospital”. Chief External Psychotherapist, Ministry of Health of the Omsk Region. ORCID iD 0000-0002-6872-9688. AuthorID RSCI 683797. SPIN-code RSCI 7399-5041.

✉ Lubenitskaya Aleksandra N., lubenitskaya.a@gmail.com